

第3章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 脳血管疾患による年齢調整死亡率が減少される。
- 健康寿命が延伸される。
- 脳卒中を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。
- 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。

最終目標	現状（直近値）	目標
脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 35.8 女性 21.7 (平成27年)	男性 減少 女性 減少 (令和5年)
健康寿命	男性 72.37 女性 75.17 (平成28年)	男性 75.37 女性 78.17 (令和22年)
在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	55.7% (平成29年)	56.3% (令和5年)
脳血管疾患に係る救急活動時間 (救急隊覚知～病院収容)	45.8分 (令和元年)	短縮 (令和5年)

第1節 脳卒中の基本的な事項に関する周知

1 脳梗塞

(1) 脳梗塞の特徴

様々な原因で脳の血管が詰まってしまい脳内の血液が十分に巡らなくなる（脳虚血）ことで脳の神経細胞に障害が起きて脳組織が死んでしまうことを脳梗塞といいます。脳の血管が詰まるメカニズムの違いにより、以下の3つの種類に分けられます。

○ アテローム血栓性脳梗塞

脳内や頸部（首）の太い動脈に動脈硬化が起こり、血管の中にできたプラーク（血管の内にできるコブ）が破裂したり、血栓（血の塊）ができたりして血流が阻害された状態をアテローム硬化といい、アテローム硬化を原因とした脳梗塞を「アテローム血栓性脳梗塞」といいます。アテローム硬化を生じた太い動脈に出来た血栓が血流に流されて下流の血管を詰めてしまうこともあります。

○ ラクナ梗塞

脳の深部にある細い血管や根元の血管が詰まり、比較的小さな脳梗塞が起こっている状態を「ラクナ梗塞」といいます。高血圧等が主な原因となり、症状は他の2種類に比べて軽いことが多い症状です。

○ 心原性塞栓症

心臓内でできた血栓が脳内血管まで流れてきて詰まることで起こる疾病を「心原性塞栓症」といいます。特に不整脈や心臓弁膜症等の心血管疾患を患っている方に多く発症することが多い疾患です。

脳梗塞の患者数は脳卒中患者の約7割と、脳卒中の中でも患者数の多い疾患ですが、急性期治療の進歩により適切な治療を迅速に行うことで症状や予後の改善が期待できます。

(2) 脳梗塞の危険因子

脳梗塞の危険因子としては、加齢、肥満、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣があげられるほか、高血圧、心房細動、糖尿病、脂質異常等、他の様々な病気も発症リスクが高まる要因です。特に、心房細動は加齢と共に多くみられるようになるため、高齢化が進むと共に脳梗塞の原因として増加してきています。

(3) 脳梗塞の症状

脳梗塞の症状は脳の血管が詰まった場所によって異なりますが、典型的な症状としては、片麻痺（左右どちらかの麻痺）で、顔面（顔がゆがむ）、上下肢（腕が片方動かない、足が片方動かない）にみられるほか、言語障害（言葉が出ない、ろれつが回らない）等がみられます。

脳梗塞の症状が一時的にでも見られた場合や、脳卒中の可能性があると診断された場合は、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検

査や治療を受ける必要があります。

(4) 脳梗塞の治療

近年、脳梗塞の急性期治療は着実に進歩を遂げており、血管の詰まりの原因である血栓を薬剤で溶解する「t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与や、血管内の血栓を取り除く血管内治療を適切に実施できた場合、救命率の向上や予後の改善が期待できます。

しかし、各治療の実施については、治療開始までの時間制限があるため、発症後、1分でも速く病院に搬送することが重要です。

(5) 一過性脳虚血発作（TIA）

脳梗塞の中には一時的に脳梗塞の症状が起きるものの、数秒から1時間以内に収まる「TIA（一過性脳虚血発作）」と呼ばれる症状が起こる場合もあります。このような場合、症状が一時的に無くなっても短時間のうちに再発する可能性が高いと言われていることから、脳梗塞と同等の対応が必要です。仮に症状が一時的であった場合においても速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関において、詳しい検査や治療を受けることが重要です。

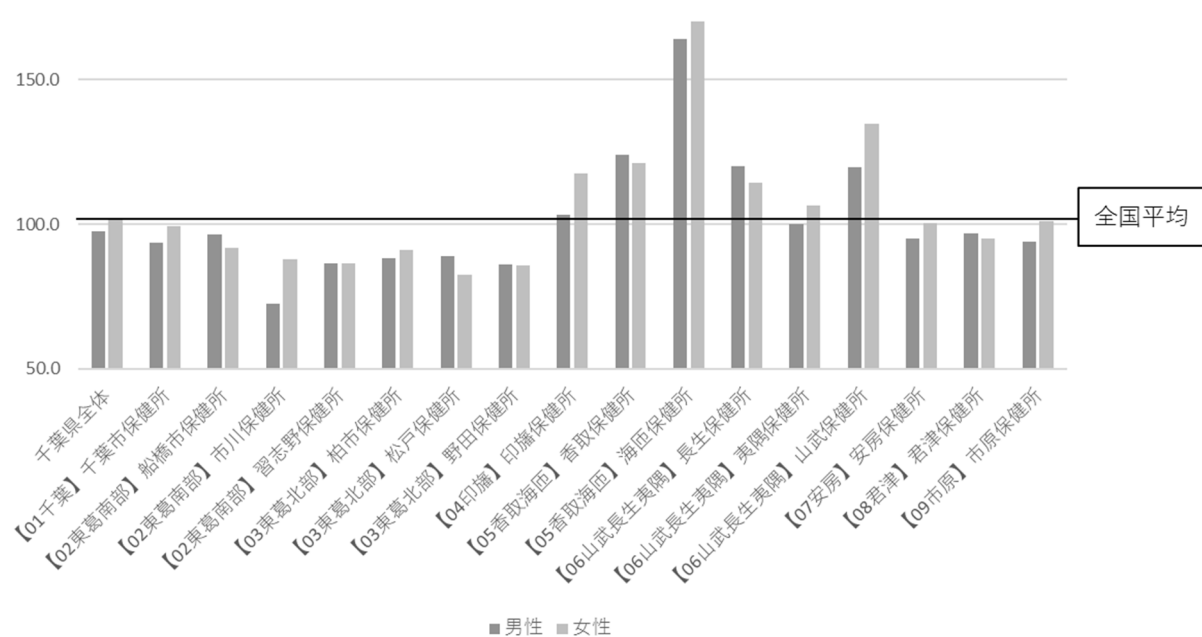
(6) 脳梗塞の患者数

令和元年中の患者調査によると、脳梗塞の総患者数は全国で78万6千人、県で2万3千人と推計されています。65歳以上の10万人当たりの脳梗塞の受療率は全国では387人ですが、千葉県では265人であり、全国で最も低い数字となっています。

一方で、人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳梗塞の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性97.5、女性102.4であり、全国平均に近い値となっています。

また、地域別では市川保健所管内、松戸保健所管内、野田保健所管内が低く、海匝保健所管内、山武保健所管内、香取保健所管内が高い値になっています。

図 3-1-1-1 脳梗塞標準化死亡比（SMR）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

2 脳出血

(1) 脳出血の特徴

脳の細い血管に、動脈壁の変性（類線維素性変性）が生じ、そのため血管壊死又は微小動脈瘤をきたして血管が破綻し、脳実質に血腫（出血でできた血の塊）ができることを脳出血（以前は脳内出血）といいます。

突然発症することが多く、数分から数時間かけて症状は完成し、出血を起こしている場所や出血量によって症状や後遺症が異なります。通常、強い頭痛と嘔吐を伴い、昏睡等の意識障害や半身麻痺等の運動障害が起こることも多く、血腫量に伴い症状が重くなる傾向があります。

(2) 脳出血の危険因子

脳出血の最も重要な危険因子は高血圧であり、半数以上が高血圧を原因とした高血圧性脳出血といわれています。脳出血の予防には、高血圧症には降圧療法が強く推奨され、大量飲酒者への節酒および喫煙者への禁煙も推奨されます。抗血栓薬を内服中の場合は、適切な内服指導を受けることが重要です。

(3) 脳出血の症状

出血を起こしている場所や出血量によって様々な症状があらわれます。出血量が少ない場合は軽い頭痛や吐き気などの症状があらわれ、出血量や血腫が増え、出血箇所が脳を圧迫し、脳の働きが阻害されることで、昏睡等の意識障害や半身麻痺等の運動障害が起こります。迅速な治療が必要なため、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

(4) 脳出血の治療

血圧を下げて出血をコントロールする等の薬物治療の他、重症の場合には血腫を取り除く等の外科手術も行われます。脳出血は脳の組織を破壊してしまう疾病であることから、手足の麻痺や意識障害などの後遺症が残ってしまう可能性があり、発症から1分でも速く適切な医療機関に搬送することが治療効果の向上や予後の回復のために重要となります。

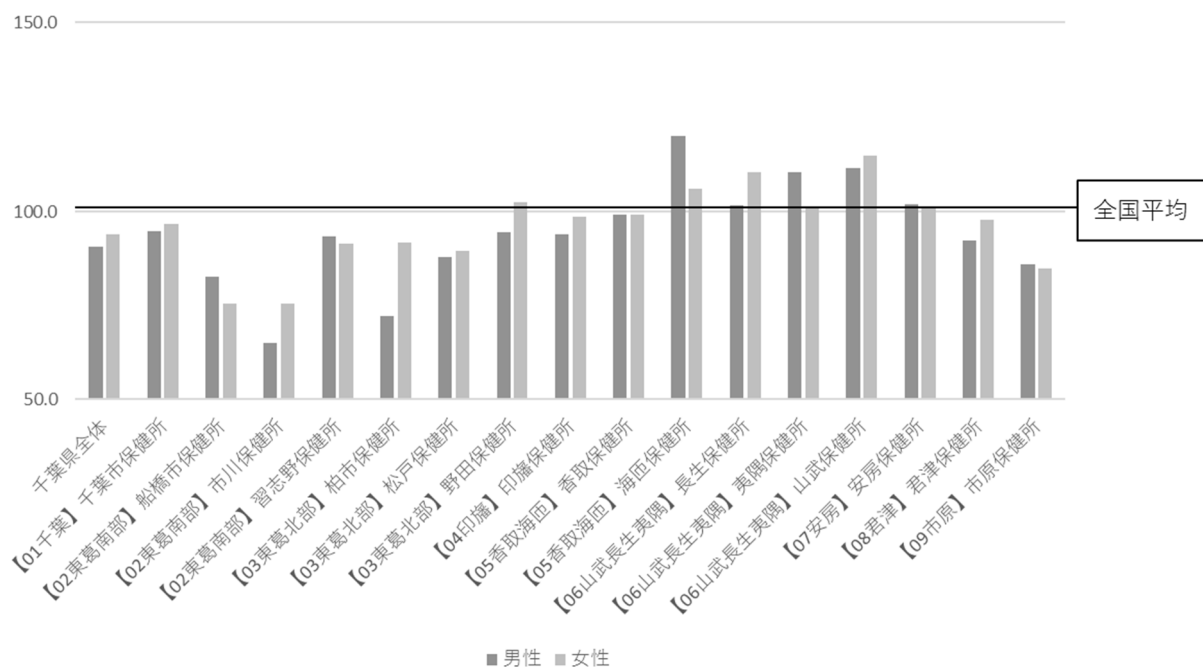
(5) 脳出血の患者数

脳出血の患者数は脳卒中患者の約1割から2割であり、脳梗塞よりも少なくなっています。令和元年の厚生労働省の患者調査によると、脳出血の総患者数は、全国で14万5千人、県で6千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると、千葉県の脳出血の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性90.7、女性93.8と全国平均より低い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、船橋市保健所管内、柏市保健所管内が低く、山武保健所管内、海匝保健所管内、長生保健所管内、夷隅保健所管内が高い値となっています。

図表 3-1-2-1 脳出血標準化死亡比（SMR）



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

3 くも膜下出血

(1) くも膜下出血の特徴

脳は髄膜という膜で保護されていますが、髄膜は脳の表面から軟膜、くも膜、硬膜という三層に分かれ、くも膜と軟膜の間にはくも膜下腔という空間があります。くも膜下腔は脳脊髄液という液体で満たされ、脳血管もそこを通ります。くも膜下腔に出血した状態をくも膜下出血といい、生命の危険が非常に高い疾患になります。くも膜下出血の主な原因は、くも膜下腔を流れる脳動脈に出来た動脈の壁の瘤（コブ）（動脈瘤）が破裂することですが、動脈の壁が裂けることによる脳動脈解離などもあります。

(2) くも膜下出血の危険因子

くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤ができる危険因子としては、高血圧、動脈硬化、加齢の他、飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣が挙げられます。また、親、祖父母、兄弟等の血縁関係のある家族にくも膜下出血の病歴がある場合も相対的に発症リスクが高いとされており、家族に病歴がある場合には、生活習慣の改善がより重要になります。

(3) くも膜下出血の症状

くも膜下出血の典型的な症状は、突然生じる激しい頭痛、嘔吐、意識障害等です。突然意識が無くなり短期間で亡くなってしまう危険性があります。出血は一旦止まりますが再出血する危険性が高く、再出血すると予後は格段に悪くなります。

(4) くも膜下出血の治療

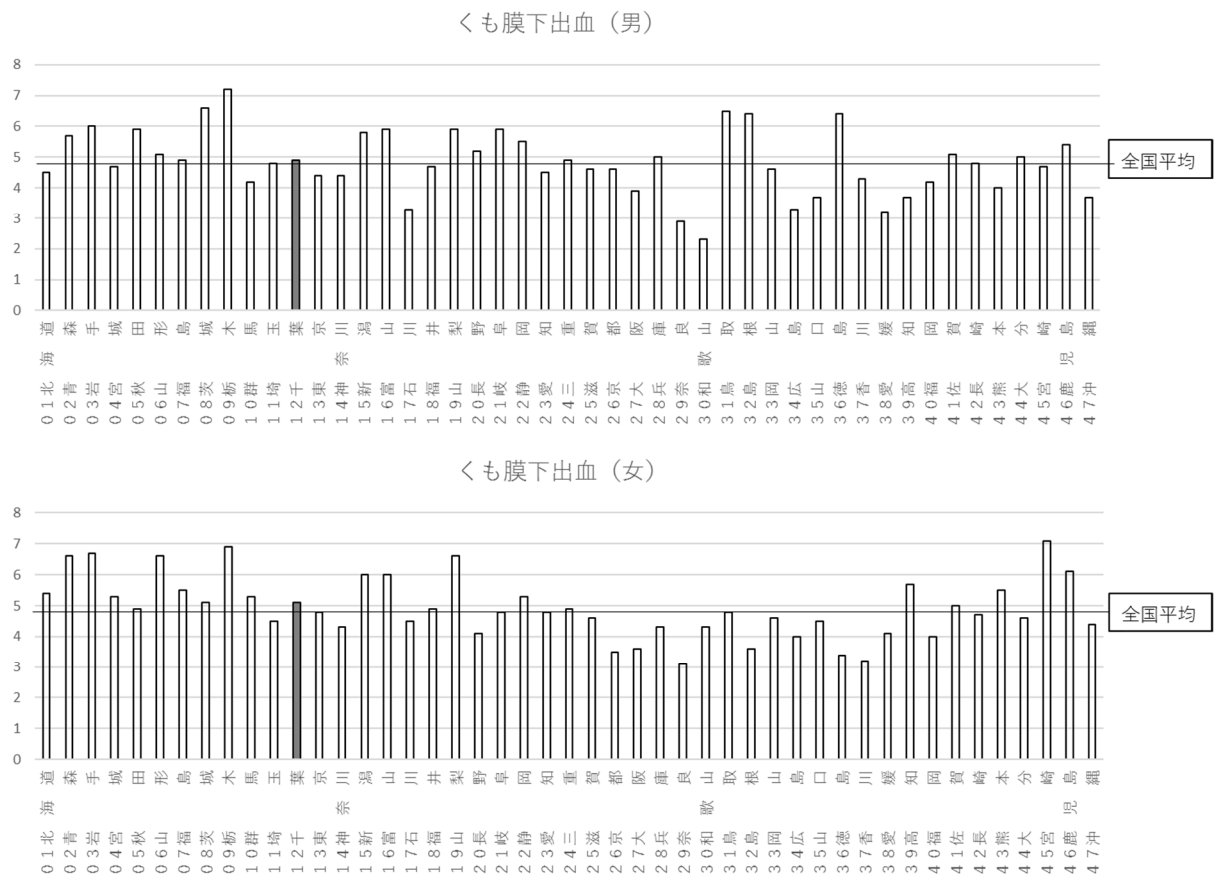
くも膜下出血の治療の主体は再出血を防ぐことにあります。脳動脈瘤破裂による場合、頭蓋骨を開けて動脈瘤の根元を挟み動脈瘤に血液が流れ込むのを阻止するネッククリッピング等の「外科手術」のほか、カテーテルと呼ばれる細い管を太ももの血管等から挿入し、動脈瘤にコイルを挿入することで、瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐコイル塞栓術等の「脳血管内治療」等が行われます。

専門的な脳神経外科医・脳血管内治療医による治療が必要であり、速やかに搬送され治療を開始できる医療提供体制を構築する必要があります。

(5) くも膜下出血の患者数

くも膜下出血の患者数は脳卒中の約4%と脳梗塞、脳出血と比べて少なくなっています。令和元年の患者調査によると、くも膜下出血の総患者数は、全国で4万2千人、千葉県で1千人と推計されています。人口動態統計特殊報告（平成27年）によると千葉県のくも膜下出血の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性4.9（全国4.7）で死亡率が低い順に全国第27位、女性は5.1（全国4.8）で第30位となっています。

図 3-1-3-1 くも膜下出血の年齢調整死亡率（都道府県別）



出典：患者調査（厚生労働省）

第2節 急性期（搬送）

○ 中間目標【取組の方針】

- 循環器疾患を発症したら（家族・友人も含め）速やかに救急搬送を要請することができる。
- 重症患者の搬送先が明確化されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
「FAST」（脳卒中初期症状）の認知割合	61.0% （令和3年）	増加 （令和5年）
脳血管疾患に係る現場活動時間 （現場到着～現場出発）	20.9分 （令和元年）	短縮 （令和5年）
脳血管疾患に係る平均搬送時間 （現場出発～医療機関到着）	15.4分 （令和元年）	短縮 （令和5年）

1 救急搬送に関すること

(1) 施策の現状・課題

脳卒中は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、脳卒中を発症した傷病者に対しては1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し良好な予後を得るために重要とされています。

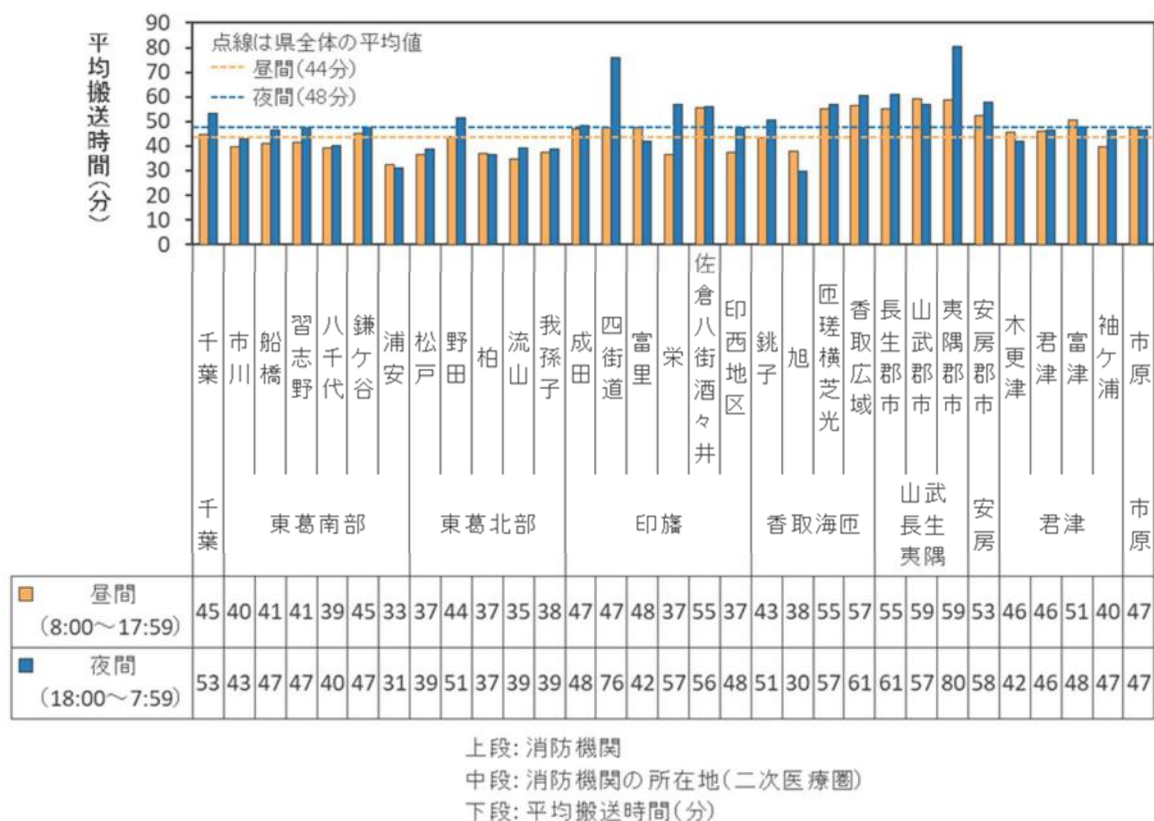
特に、近年、脳卒中治療の技術的な進歩が著しく、脳卒中の中でも約70%を占める脳梗塞の治療に関しては、t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）の静脈内投与や血管内治療を行い、詰まっていた脳血管を再開通することで、症状が改善し後遺症が軽くなる効果が認められています。これらの治療法は、発症4.5時間以内や24時間以内などの制約がありますが、治療開始までの時間が短ければ短いほど有効性が高くなることが判明しており迅速な救急搬送がますます重要になっています。

[脳卒中傷病者の救急搬送状況]

県が実施した「救急搬送実態調査（令和元年度）」によれば、千葉県内の脳卒中傷病者を搬送する際の救急搬送時間（救急要請から病院収容まで）の平均は45.8分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大20.6分の開きがありました。

特に、山武長生夷隅地域、安房地域、香取海匠地域の救急搬送時間が他地域よりも長く、それぞれの地域において現場滞在時間（現場到着から現場出発まで）や、病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）が平均よりも長いといった特徴がみられました。

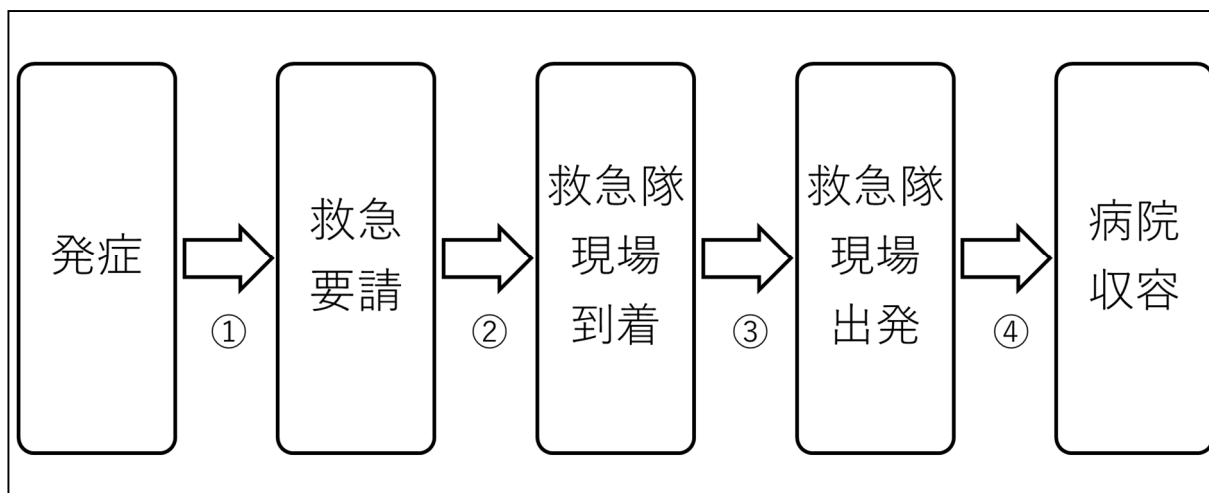
図表 3-2-1-1 脳卒中傷病者の救急搬送状況



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。
 施策の検討に当たっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 3-2-1-2 搬送の分類



① 救急要請時間（発症から救急要請まで）の短縮

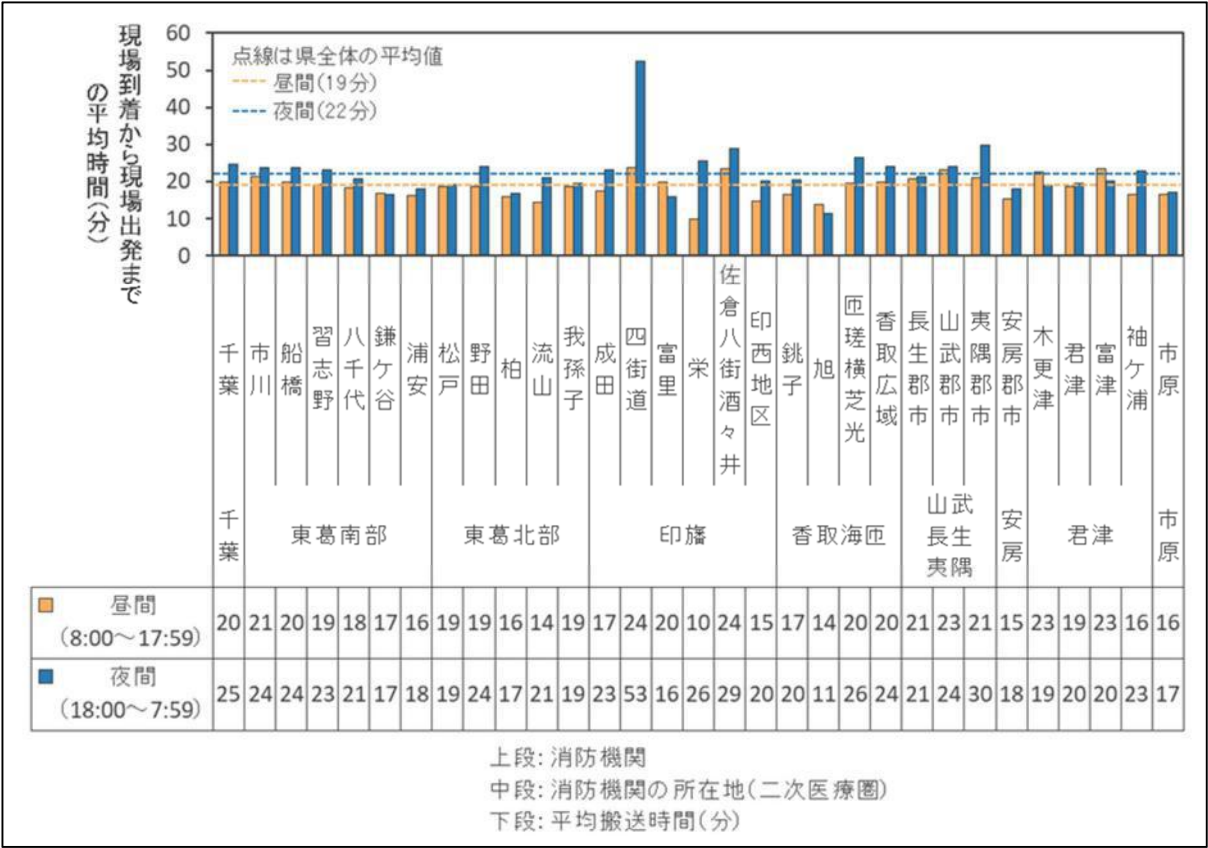
脳卒中を発症した場合は傷病者及び発見者が速やかに脳卒中の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。

② 現場到着所要時間（救急要請から現場到着まで）について

救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所要時間は平均9.3分（全国平均8.7分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

- ③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）の短縮
- 現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行っています。
- 千葉県における脳卒中に係る現場活動時間は平均20.9分です。地域別の状況としては、安房地域（17.6分）、香取海匝地域（18.0分）、東葛北部地域（18.4分）が短く、千葉地域（22.3分）、山武長生夷隅地域（22.5分）、市原地域（26.6分）が長い傾向にありました。

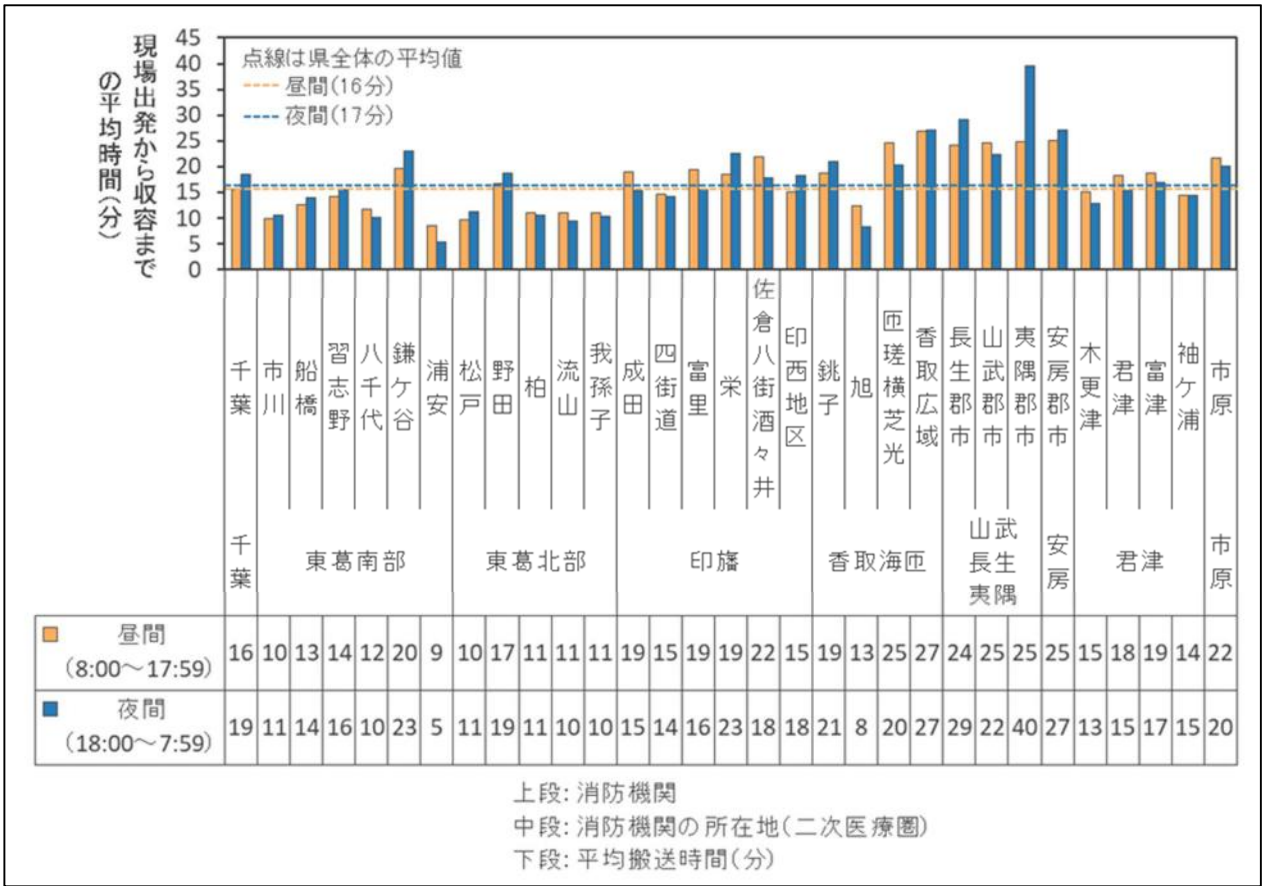
図表 3-2-1-3 脳卒中傷病者に係る現場活動の地域状況（平均搬送時間）



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

- ④ 病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）の短縮
- 現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。
- 千葉県における脳卒中に係る病院搬送時間は平均15.4分でした。地域別に確認すると印旛地域（12.5分）、東葛北部地域（12.7分）、東葛南部地域（12.7分）が短く、山武長生夷隅地域（25.9分）、安房地域（25.1分）が長い傾向にありました。

図表 3-2-1-4 病院搬送時間の地域状況



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 救急医療体制の整備

早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のため、脳卒中傷病者における緊急度・重症度・症状・必要な処置などについて検討・共有するなど、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めます。

また、医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関でリアルタイムに共有し、搬送先の選定及び収容依頼に要する時間を短縮する取組を進めます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムの構築を検討する等、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるような取組を検討します。加えて、脳卒中に対応可能な医療機関が増加することも搬送時間の短縮のために重要と考えられます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患における搬送困難事例の割合	14.8% （令和元年）	減少 （令和5年）

2 県民啓発に関すること

(1) 施策の現状・課題

脳卒中の発症の初期には、以下の7つの症状が現れやすいとされています。

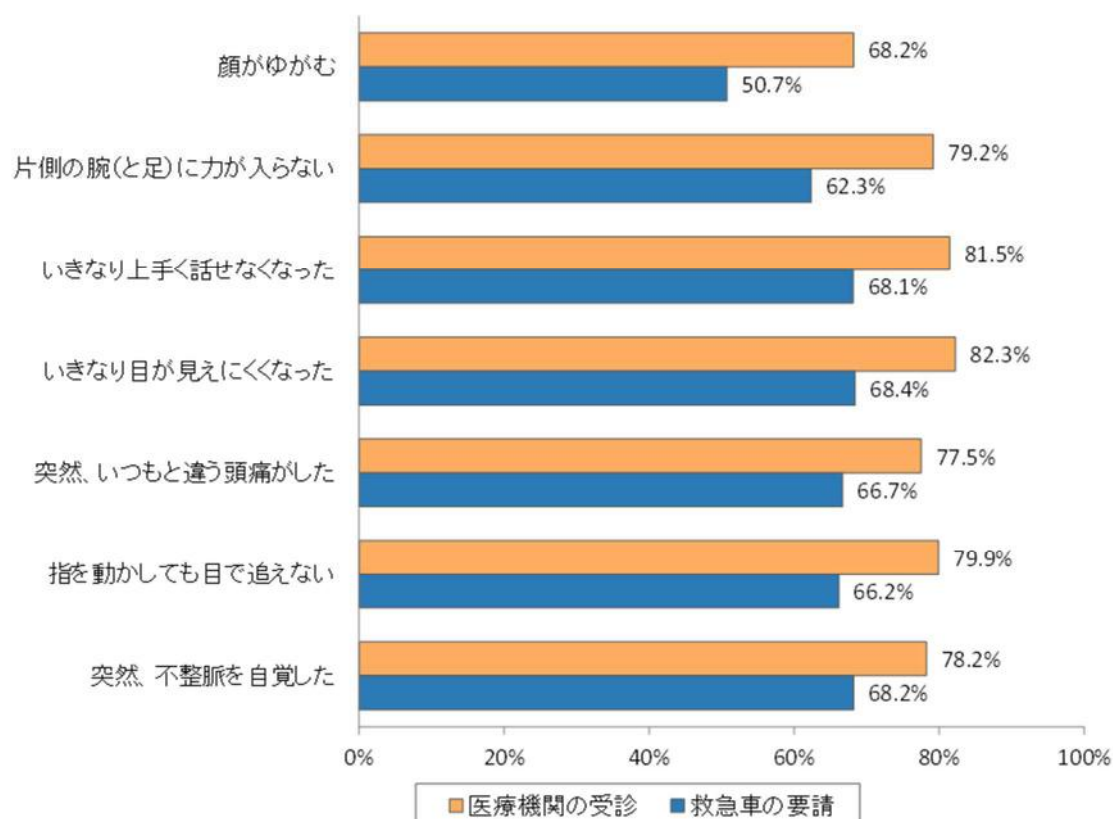
- ① 顔面麻痺（顔がゆがむ）
- ② 上肢麻痺（腕が片方動かない）
- ③ 失語（言葉がでない）
- ④ 構音障害（ろれつが回らない）
- ⑤ 共同偏視（両方の眼球が一方向を向いている）
- ⑥ 半側空間無視（片側（通常左）に注意が向かない）
- ⑦ 脈不正

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和3年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（又はあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は68.2%から82.3%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は50.7%から78.2%でした。

図表 3-2-2-1

脳卒中が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合
及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

脳卒中を発症した患者を1分でも早く適切な医療機関で治療を開始するため、患者及び発見者が脳卒中の初期症状を認識できるよう、多くの人に理解されやすい啓発を行います。また、循環器病の予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるように、循環器病に関する知識の啓発に努めます。

○ 啓発の例 「FAST」

脳卒中の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい症状である

「F a c e（①顔面^ひ麻痺）」、

「A r m（②上肢^ひ麻痺）」

「S p e a c h（③失語、④構音障害）」と、

「症状を認識したら速やかに救急要請を行って欲しい」という意味を込めて

「T i m e」

の頭文字を取って「FAST」と呼ばれる標語が知られています。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
救命講習等受講者数	11.7万人 （令和元年）	増加 （令和5年）

第3節 急性期（治療）

○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
脳血管内治療（経皮的血栓回収術等）の実施件数	8 1 9 件 (令和元年)	増加 (令和5年)
t-PA による血栓溶解療法の実施件数	7 4 8 件 (令和元年)	増加 (令和5年)

1 急性期治療に関すること

(1) 施策の現状・課題

- 急性期治療について

脳卒中は脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等、疾患によって治療方法や対応可能な医療機関は違いますが、共通していることは前触れなく発症し、急速に進行する病気であることです。生命に関わる重大な事態に陥る等、重度の後遺症を残す例も多くありますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど治療の効果が大きくなり、予後を改善する可能性が高まります。

脳卒中を発症している患者への急性期における治療は主に以下の3種類があります。

- ・ 薬物療法：主に脳梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くために「薬物療法」として「t-PA（組織プラスミノゲン・アクティベータ）」の静脈内投与等が行われます。発症から4.5時間以内に投与する必要があり、脳卒中専門の神経内科医や脳神経外科医によって実施されます。その他、血栓の形成を押さえたり、脳の浮腫（むくみ）を軽減したり、脳血流を改善させる薬物の投与なども行われます。
 - ・ 血管内治療：脚の付け根の血管等からカテーテル（細管）を血管内に挿入し、脳梗塞急性期には血栓を取り除く「血栓回収療法」が行われます。くも膜下出血の際には、脳動脈瘤の内側からコイルを詰めて出血を防ぐ「コイル塞栓術」等の治療が行われます。脳梗塞の場合は発症から最長24時間以内ならば効果が見込まれるため、脳細胞が壊死しないうちに1分でも早く「血栓回収療法」を実施することは極めて重要で脳血管内治療の資格を持った医師によって実施されます。
 - ・ 外科治療：くも膜下出血では、開頭術により脳動脈瘤の根本（ネック）にクリップを掛け止血する「クリッピング術」が施行されます。重症の脳出血では、開頭又は内視鏡による血腫除去術が施行される場合があります。頭蓋内圧の軽減を目的とした減圧開頭術が行われることもあります。

○ 治療実績

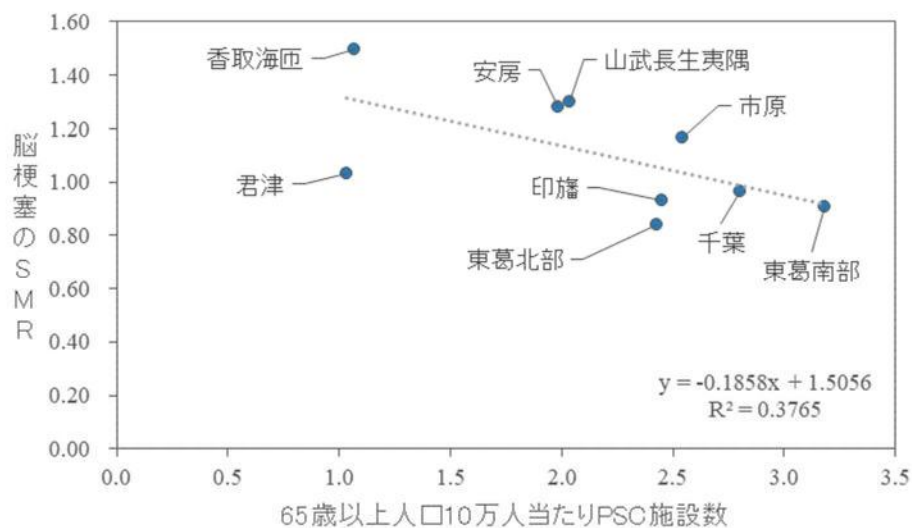
図表 3-3-1-1 二次医療圏別 65 歳以上 10 万人当たりの t-PA 対応医療機関数および t-PA の標準化レセプト出現比（SCR）

二次医療圏	t-PA対応医療機関の施設数				t-PAのSCR
	全体		うちPSC		
	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	施設数	65歳以上人口 10万人当たり	
千葉	7	2.8	7	2.8	91.6
東葛南部	14	3.4	13	3.2	90.5
東葛北部	12	3.2	9	2.4	102.1
印旛	7	3.4	5	2.5	66.0
香取海匠	1	1.1	1	1.1	61.7
山武長生夷隅	3	2.0	3	2.0	53.9
安房	1	2.0	1	2.0	—
君津	1	1.0	1	1.0	—
市原	3	3.8	2	2.5	67.3
県全体	49	2.9	42	2.5	83.7

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

○ 24時間対応可能施設数の地域状況

図表 3-3-1-2 65 歳以上人口 10 万人当たり PSC 施設数と脳梗塞の SMR の関係



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

（PCR：一次脳卒中センター、SMR：標準化死亡比）

【参考】脳卒中患者へのリハビリテーションとは

脳卒中を発症した場合には、脳の組織が突然損傷されることで、手足の麻痺^ひや言葉の障害等、身体機能が大幅に低下するため、命を救う救命治療の後には発症前に近い状態に近づけるためのリハビリテーションが重要になります。

脳卒中患者へのリハビリテーションは、病期によって分けられます。

急性期（発症～数週間（症状安定まで））においては、脳卒中を発症した患者は急性期治療を担う専門病院に搬送され「命を救う」ことを第一目的とした治療がまず行われます。その後、廃用症候群などの安静にしていることによる合併症を防ぎ効果的に心身機能を回復していくために、症状が悪化しないか全身管理のもとで、早期（入院後72時間以内）からリハビリテーションを行うことが重要とされています。

命の危機を脱するための治療が終わり、症状が安定した後の回復期（数週間（症状安定）～数カ月）においては、自宅や社会に戻ってからの生活を少しでも元に近い状態に近づけるため、心身機能の回復を目的としたリハビリテーションが行われます。

維持期（地域での生活時期）においては、回復期までに獲得した心身機能を基盤として、歩行や生活機能の向上・維持により地域でのより自分らしい暮らしの実現を目的にリハビリテーションが行われます。

○ 急性期リハビリテーションについて

脳卒中患者は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮（安静にすることでの心身への弊害）が著しいため、急性期においては早期からリハビリテーションを開始することが重要とされています。

バイタルサインが安定している場合は医学的な全身管理のもとで、早期座位・立位、早期歩行訓練、摂食・嚥下^{えん}訓練（食べ物を食べる訓練）、言語訓練、セルフケア訓練（服の着脱等の日常生活を行う訓練）などを行います。

○ 医師の確保に関すること

脳卒中に係る急性期診療を中心的に担う「神経内科」「脳神経外科」「麻酔科」の診療科の医師数の合計は779人となっています。（詳細は28ページの表を参照）

実態調査によると、脳卒中治療を提供している病院の内、急性期の医師の確保が課題と答えた病院が54.6%、医師の働き方改革への対応が課題と答えた病院が36.4%、回復期リハビリテーション病棟の医師の確保が課題と答えた病院が28.6%となっており、医師の確保が県内の病院における大きな課題となっています。（課題を最大5つまで選択）

○ ストロークユニット（SU）

ストロークユニット（SU）とは医師だけでなく、看護師・リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）・MSW・栄養士・薬剤師などの脳卒中専門の多職種で脳卒中の急性期からリハビリテーションを含めた治療を一

貫して行うチームのことです。ストロークユニットで治療することで死亡率の低下や在院機関の短縮、長期的なADL（日常生活動作）の改善を図ることができるとされており、実態調査によると県内の脳卒中对応急性期病院の約40%の病院がSUを組織しています。

また、脳卒中に関係する病院のうち、約30%の病院が「脳卒中治療に従事する専門職種（医師・看護師を除く）の確保」を課題にあげており、専門職を確保し、ストロークユニットの組織率を上げることが重要となります。

○ 各専門職員について

脳卒中治療においては各専門職がそれぞれの専門の立場から治療に参加しています。

- ・ 看護師：脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や摂食・嚥下^{えん}障害看護認定看護師等をはじめとした看護師が脳卒中診療に活躍しており、変化する患者の病状を把握しながら効果的に治療を実施するためには看護師の役割が重要となります。
- ・ 理学療法士（PT）：理学療法士は寝返る、起きる、立つ、座る、歩くといった基本的な身体能力の改善を目的として、理学療法を行っています。
- ・ 作業療法士（OT）：作業療法士は日常生活に関わる様々な日常生活動作や家事などの生活関連活動等の回復を支援し、その人らしい生活の質の向上を目的として作業療法を行っています。
- ・ 言語聴覚士（ST）：言語聴覚士は言語障害、聴覚障害、発声障害、認知障害等のコミュニケーションに問題がある方への言語聴覚療法や摂食・嚥下^{えん}等の問題についても訓練を行っています。
- ・ 医療ソーシャルワーカー（MSW）：医療ソーシャルワーカーとは保健医療機関において、社会福祉の立場から患者やその家族の方々の抱える様々な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。

(2) 施策の具体的展開

○ 効率的な専門医療体制の構築

医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い脳卒中に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築

例えば、くも膜下出血の治療に当たっては専門的な脳神経外科医による治療が必要になるなど、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。

○ 医療従事者の確保・定着

医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。

医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
S U（脳卒中専門多職種チーム）がある医療機関数	22機関 （令和3年）	増加 （令和5年）
脳血管内治療を実施している医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏） ※他5医療圏については、実施している医療機関数が3カ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	28機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
t-PAによる血栓溶解療法を実施している医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匝・山武長生夷隅・市原医療圏） ※安房・君津医療圏については、実施している医療機関数が3カ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表	48機関 （令和元年）	増加 （令和5年）

第4節 回復期

○ 中間目標【取組の方針】

- リハビリテーションの実施により脳卒中患者の機能が回復している。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
重症患者回復率	67.5% (令和元年)	増加 (令和5年)
回復期リハビリテーション病棟 における実績指数	41.7 (令和2年)	増加 (令和5年)

1 脳卒中リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

脳卒中を発症し、移動、セルフケア（日常生活を自分で行うこと）、嚥下（食べ物を飲み込み胃に送ること）、コミュニケーション、認知機能などの複数領域で症状が現れている場合には、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことが重要です。適切なリハビリテーションにより、失った身体機能をより効果的に獲得することができます。

日本では、入院により専門的なリハビリテーションを行うための病棟として「回復期リハビリテーション病棟」が位置付けられており、各分野の担当医師のほか、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、心理士など、さまざまな専門技術・知識を持った医療スタッフがチームを組んで、患者やその家族と一緒にADL向上や家庭復帰に取り組んでいます。また、リハビリテーションに関する専門的な修練を行ったリハビリテーション科専門医、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、摂食・嚥下^{えん}障害看護認定看護師、認定理学療法士、認定作業療法士、認定言語聴覚士など、より高度で質の高いリハビリテーションを提供する認定資格もあります。

- 回復期リハビリテーション病棟数について
回復期リハビリテーション病棟数は以下のとおりです。

図表 3-4-1-1 二次医療圏別 回リハ病床を有する施設数及び病床数、回復期機能病床数

二次医療圏	回リハ病床を有する施設		(参考) 65歳以上人口10万人 当たり回復期病床数
	65歳以上人口10万人 当たり施設数	65歳以上人口10万人 当たり回リハ病床数	
千葉	5.2	318.4	402.1
東葛南部	4.4	383.0	447.4
東葛北部	4.0	235.7	343.6
印旛	4.9	259.6	319.4
香取海匝	2.1	189.4	208.7
山武長生夷隅	3.4	179.7	311.9
安房	4.0	196.6	299.8
君津	2.1	132.1	183.7
市原	3.8	315.3	472.9
県全体	4.1	275.4	359.6
全国	4.4	242.6	502.8

資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

千葉県の病床数は全国平均とほぼ同じです。実態調査によると「まだ受け入れる余裕がある」と回答した病院が61.1%であることから、現状では、回復期リハビリテーション病棟の病床数が直ちに不足している状態にはないと思われます。

ただし、今後の高齢化の進展により、回復期リハビリテーション病棟の需要が増加することも考えられるため、患者数の動向を把握し、関係者間で需給データを共有する必要があります。

- 質の向上について

回復期リハビリテーション病棟は平成12年4月に制度化され、病床数が順調に増加してきたことから、近年ではより質を高くすることが求められています。

平成28年度の診療報酬改定において、質の高いリハビリテーションを評価するために、患者がどれだけ身体機能を回復したかを図る指標としてリハビリテーション実績指数（FIMの平均上昇数）が導入されました。

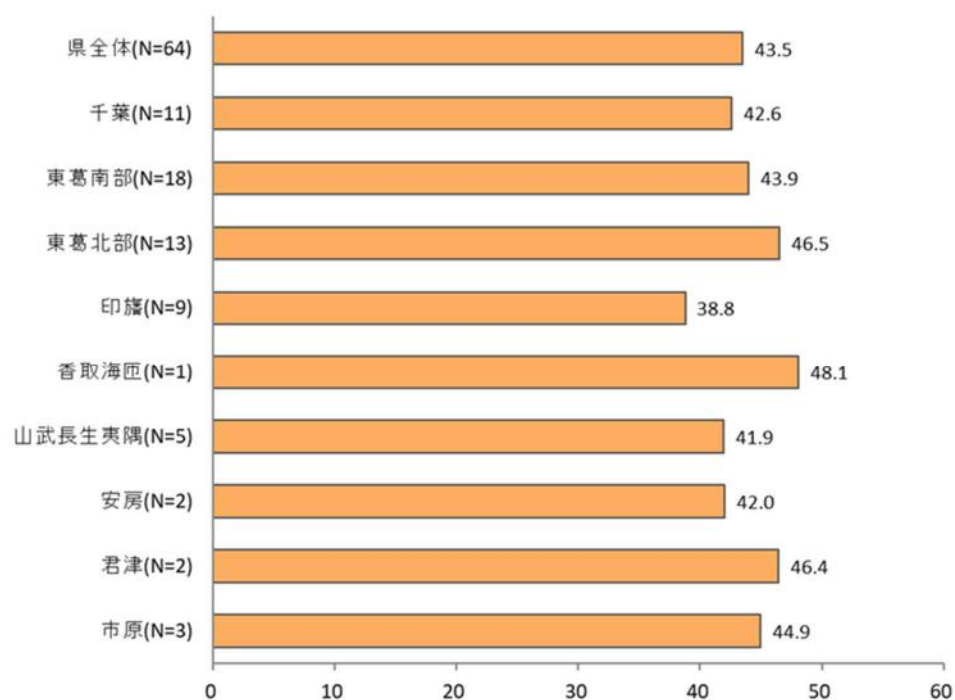
令和2年度には、診療報酬の算定要件が更に厳格化され、届け出ている医療機関を調べることで、効果が高いリハビリテーションを実施している医療機関を把握できるようになっています。

また、施設基準毎に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士及び管理栄養士の人員基準を設けることとなっており、チーム医療として多職種を配置し効果的な治療を行っている病院を後押しする制度となってい

ます。

リハビリテーション実績指数の導入により、身体機能が低下している急性期治療直後を経過したのちは、速やかに回復期リハビリテーション病棟への転院が促される効果が期待でき、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院としての運営の効率化が進むと想定されます。

図表 3-4-1-2 リハビリテーション実績指数の地域状況



資料：関東信越厚生局届出

(2) 施策の具体的展開

○ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備

リハビリテーションを必要としている患者に対して、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことができるよう、リハビリテーション体制の整備に努めます。

○ 病院間連携の推進

脳卒中リハビリテーションにおいて、限られた医療資源を効率的に活用するためには、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟における連携が重要です。千葉県では平成21年から千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用を進めており、多くの病院間の情報共有に用いられています。回復期リハビリテーション病棟における専門的なリハビリテーションが必要な患者について、急性期治療の直後から病院間で情報を共有し転院の準備を進めることで、早期の専門的なリハビリテーションの開始や、急性期病院の効率化に努めます。また、治療の質が向上しているか、病院間で連携して確認

する取組として、患者さんの回復評価指標としてよく使われる90日後のmRS（モディファイド・ランキン・スケール）を地域連携パスを用いて急性期病院で収集できる仕組み作りに取り組みます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅱ）届出施設数	182機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数	229機関 （令和元年）	増加 （令和5年）
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	77,657件 （令和元年）	増加 （令和5年）

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入退院支援（退院調整）を受けた患者数	141,977 (令和元年)	増加 (令和5年)
就労支援の実施率	52.8% (令和3年)	増加 (令和5年)

1 在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）

(1) 施策の現状・課題

脳卒中後の後遺症の残存等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携など入退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

令和2年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、報告のあった246病院中166病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している病院・有床診療所は139箇所（令和2年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援をより進めるため、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有できる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進し、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上

在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。

また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。

○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	772箇所 (令和2年)	864箇所 (令和5年)
機能強化型 訪問看護ステーション数	29箇所 (令和3年4月)	34箇所 (令和5年)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	60人 (令和2年度)	100人 (令和5年度)
在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数	348箇所 (平成29年)	460箇所 (令和5年)
在宅患者訪問薬剤管理指導料 届出薬局数	2,031箇所 (令和3年)	2,174箇所 (令和5年)

在宅療養後方支援病院数	1 5 箇所 (令和3年)	1 6 箇所 (令和5年)
入退院支援を実施している診療所数・病院数	1 3 9 箇所 (令和2年)	1 6 4 箇所 (令和5年)

2 リハビリテーション等の取組・後遺症を有する者に対する支援について

(1) 施策の現状・課題

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

個々の医療機関等では対応が難しい高度な医療的ケアが必要な方に対し、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリテーション療法、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーション機能（相談、診察、治療、リハビリ訓練、居宅介護の家屋改造指導、介護方法の指導、復学・復職支援、地域との連携など）の確保が必要です。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

高次脳機能障害とは、脳卒中の後遺症の他、感染症や薬物・アルコールによる中毒などの病気や事故等の様々な原因で脳が損傷されたことにより、言語、思考、記憶、行為、学習等、高次の知的な機能に障害が起きた状態のことです。

高次脳機能障害は、身体的な後遺症がない場合、外見から障害が分かりにくく、障害の内容や程度も様々です。また、身体障害や精神障害に分かれて判定されていることもあるため、高次脳機能障害のある人の人数や暮らしの実態の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害のある人への支援は、より専門性が必要となるため、県では、千葉県千葉リハビリテーションセンターなど4箇所において高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、高次脳機能障害やその関連障害がある人の相談・支援を行っており、令和3年度の相談件数は7,071件でした。

支援拠点機関において、社会生活や就労などに向けた効果的な支援等を検討するとともに、全県下における支援体制の拡大・強化が必要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーションに取り組みます。特に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人・高次脳機能障害・就労支援・テクニカルエイド（住環境・福祉用具等の環境支援）等、一般病院では対応が難しい障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組みます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立施設として総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズに応えるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能などの更なる充実が求められます。

このため、設立より40年以上が経過し、施設の老朽化・狭隘化が進んでいるセンターを再整備することとし、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組んでいます。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

県内4箇所を高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、支援コーディネーターを配置し、機能回復・社会復帰に向けた訓練、就労支援、情報発信、研修等による支援普及を行っていきます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、より専門的な支援の普及啓発と地域支援に資する仕組み作りを実施していきます。

高次脳機能障害及びその関連障害のある人に対する支援については、各支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるようにするとともに、支援者の育成や地域連携の拡大・強化に取り組みます。また、地域生活の安定や就労定着につながるよう、支援の方法等について検討します。

さらに、地域の相談支援事業所等の支援体制を強化するとともに、各支援拠点機関を中心とした県下どこでも住み慣れた場で暮らすことが出来るような地域支援ネットワークの構築に取り組みます。

3 就労支援等の患者支援について

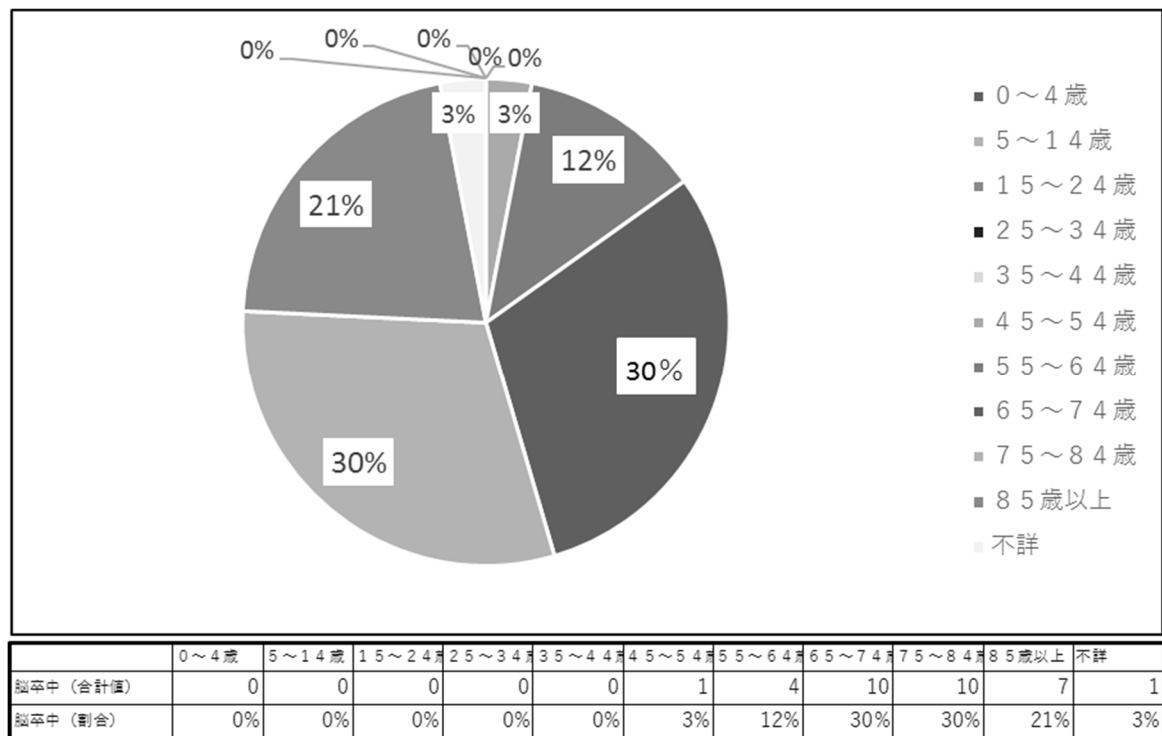
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

脳卒中の総患者数は全国で111.5万人、千葉県の患者数は3万5千人と推計されており、うち約15%が就労世代（20～64歳）の患者です。

脳卒中の発症直後速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、リハビリテーションを含む適切な治療により身体機能が回復し、復職など元の生活に返ることが可能となる場合も少なくありません。しかし、片麻痺などの障害や高次脳機能障害などがある場合には、病院を退院して家庭生活が支障なく送れる状態から、復職に必要な十分な機能まで回復するには時間が必要になることが多く、通勤や就労内容について職場と調整が必要になります。現在の医療制度では、これらの調整は外来通院を継続しながら調整を進めていくことになります。

図表 3-5-3-1 脳卒中患者の年齢構成比率（千葉県）



資料：患者調査（厚労省）

脳卒中のリハビリテーションにおいては、医療としてのリハビリテーション以外にも、復職希望のある患者については、急性期から回復期、退院後の生活期において復職までを想定した継続的な支援が重要になります。

そのため、復職を目指した情報を関係機関で共有し、雇用主側との連携を図るという継続的で一貫性のある復職支援が求められています。

しかし、実態調査によると回復期リハビリテーション病棟を有している病院の内、退院後の外来診療の中で復職支援・就労支援を行っていると回答した病院は52.8%と多くない状況です。

急性期病棟から外来リハビリテーションまで様々な多職種が関わる脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指した支援や情報を関係機関間で共有する他、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、身体機能に応じた職業訓練が重要です。

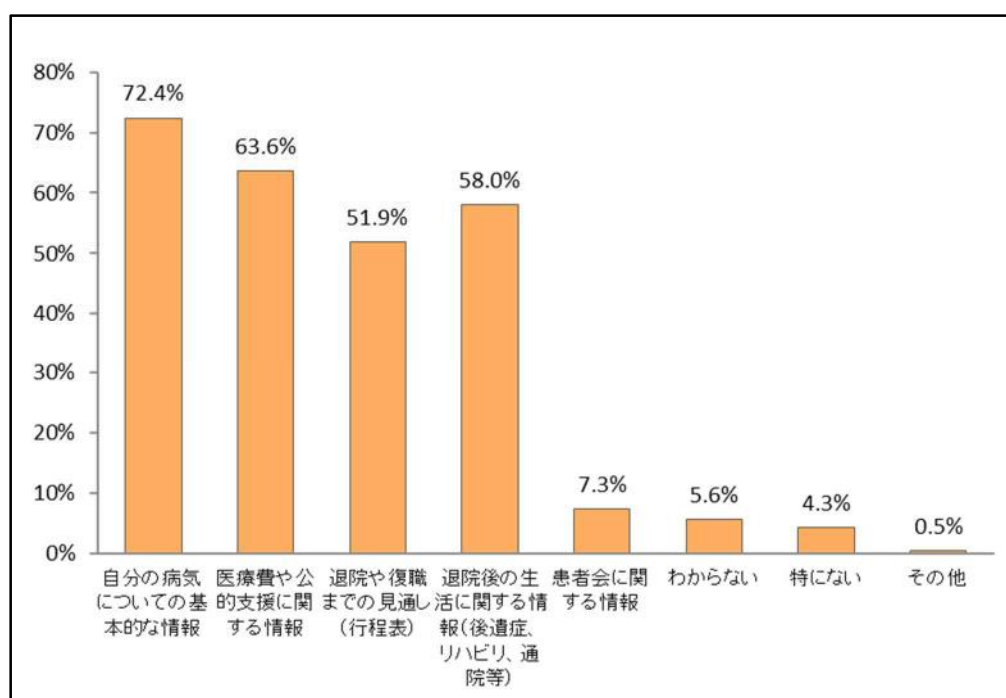
○ 適切な情報提供・相談支援について

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

多くの場合、入院中には医療ソーシャルワーカーや病棟看護師などが相談窓口となり多職種による相談支援が受けられる体制が来ていますが、急性期病院あるいは回復期病院退院後は、かかりつけ医の元への外来通院が中心となるため、専門的な相談支援が受けにくい状態になると考えられます。

図表 3-5-3-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供体制の充実

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続

けることができる可能性が高まっており、患者の離職防止や再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

そのため、患者の離職防止に当たっては「自分の病気についての基本的な情報」や「医療費や公的支援に関する情報」、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めてまいります。

また、医療機関等が、患者の勤務先、市町村などの自治体や就労支援の事業所などと適切に連携できるよう支援する他、退院後の患者やその家族が相談できる窓口の明示化の推進に努めて参ります。

第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供（心血管疾患）

最終目標【千葉県を目指す姿】

- 心疾患による年齢調整死亡率が減少される。
- 健康寿命が延伸される。
- 心血管疾患を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。
- 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。

最終目標	現状（直近値）	目標
心疾患による年齢調整死亡率	男性 81.0 女性 41.3 (平成27年)	男性 減少 女性 減少 (令和5年)
健康寿命	男性 72.37 女性 75.17 (平成28年)	男性 75.37 女性 78.17 (令和22年)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合（虚血性心疾患）	95.4% (H29年)	増加 (令和5年)
心血管疾患に係る救急活動時間（救急隊覚知～病院収容）	46.0分 (令和元年)	短縮 (令和5年)

第1節 心血管疾患の基本的な事項に関する周知

1 心不全

(1) 心不全の特徴

心不全とは、心不全学会においては「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および／あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」と定義されています。

特定の病気の名称ではなく、ポンプのように血液を全身に送り出して体内に酸素や栄養を運んでいる心臓の機能が、様々な原因で発揮できなくなっている状態であり、全身に様々な影響を及ぼします。

(2) 心不全の原因疾患

心不全を引き起こす病気として、

- ・ 高血圧（血圧が高くなる）
- ・ 心筋症（心臓の筋肉自体の病気）
- ・ 心筋梗塞（心臓を養っていく血管の病気）
- ・ 心臓弁膜症（心臓の中の血液の流れを正常に保つ弁が狭くなったり、閉まらなくなったりする病気）
- ・ 不整脈（脈が乱れる病気）

等があります。その他、糖尿病等、様々な疾患により心不全が引き起こされる可能性があります。

(3) 心不全の症状

運動時の呼吸困難、息切れ、四肢浮腫（むくみ）、疲労感、冷感（手足の冷え）等といった症状があります。

(4) 心不全の治療

利尿薬、血管拡張薬などの心不全自体を改善する治療とともに、心不全の原因となった病気の治療を行います。

(5) 心不全の患者数

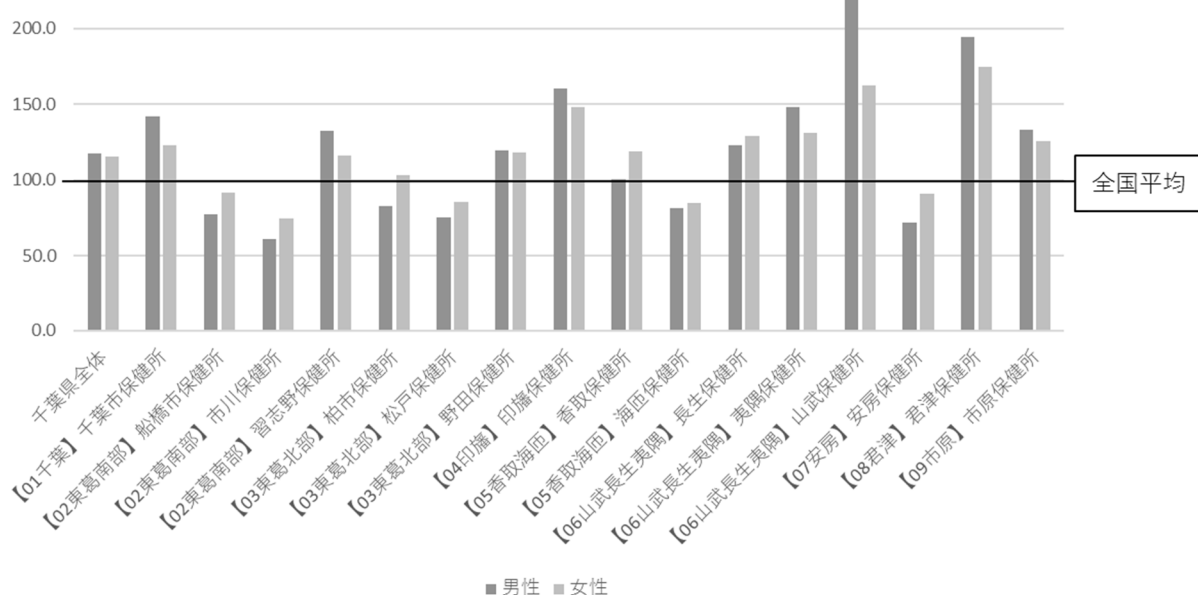
令和元年中の患者調査によると、心不全を主傷病（主として治療又は検査をした傷病）とした患者数は全国で59万7千人、千葉県で1万8千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると千葉県の心不全の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性117.8、女性115.6と全国平均より高い値となっています。

また、地域別には市川保健所管内、松戸保健所管内、安房保健所管内が低く、山武保健所管内、君津保健所管内、印旛保健所管内の標準化死亡比が高い値に

なっています。

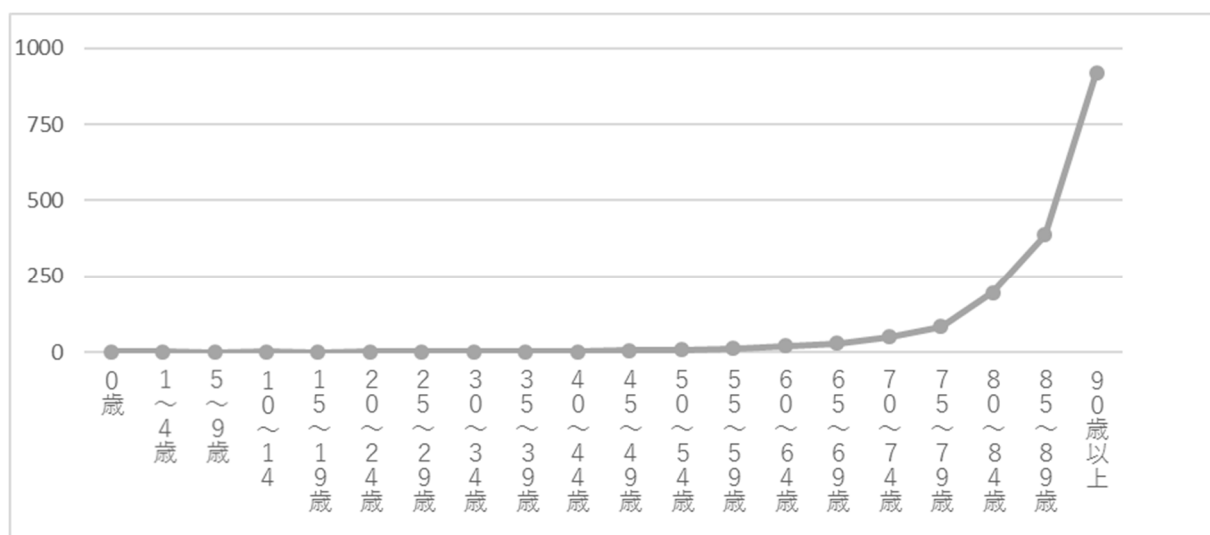
図表 4-1-1-1 心不全標準化死亡比（保健所地域別）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

【高齢化による患者数の増加】

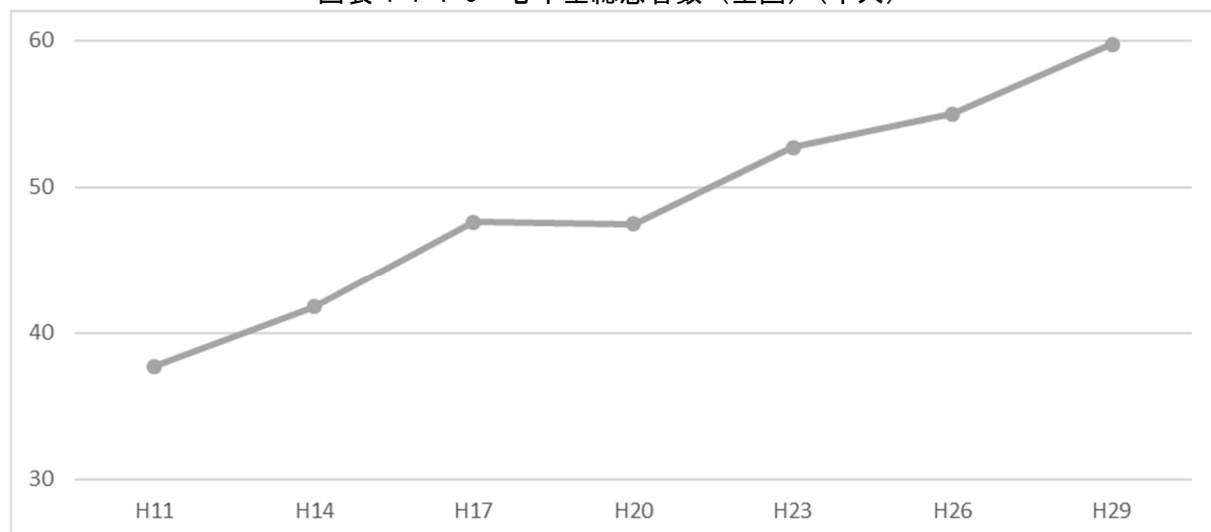
心不全患者の年齢構成別受療率は図表4-1-1-2のとおりであり、年齢とともに受療率は上昇し、特に75歳以上からは急激に受療率が上昇します。



図表 4-1-1-2 年齢構成別心不全受療率

資料：患者調査（厚生労働省）

図表 4-1-1-3 心不全総患者数（全国）（千人）



資料：患者調査（厚生労働省）

また、高齢化の影響もあり日本全体の推計心不全患者数も年々増加しています。

心不全は様々な病気を原因として発症しますが、年齢と共に急激に受療率が増加します。高齢化率の更なる上昇、高齢者人口の増加が見込まれることから、今後、ますます患者が増加すると想定されています。

2 心臓弁膜症

(1) 心臓弁膜症の特徴

心臓は、拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させる、ポンプのような役割をしています。全身に酸素を届けたあとの血液（静脈血）は右心房から右心室へ戻り、肺動脈から肺に送られます。肺で酸素を受け取った血液（動脈血）は左心房から左心室へ送られ、大動脈を通過して全身をめぐる、酸素を届けます。

血液の流れを一方向に維持し、逆流を防止するために右心室と左心室の入り口と出口にはそれぞれ“弁”があります。右心室の入り口（右心房と右心室の間）の弁が「三尖弁」、右心室の出口（肺動脈との間）の弁が「肺動脈弁」です。また、左心室の入り口（左心房と左心室の間）にあるのが「僧帽弁」、左心室の出口（左心室と全身をめぐる大動脈の間）にあるのが「大動脈弁」です。

心臓弁は、血液が常に一方向に流れるように維持し、逆流を防止します。しかし、何らかの理由により、弁の機能に異常が起きてしまい、弁の開きが悪くなって血液の流れが悪くなる狭窄症や、正常に閉じなくなることによって逆流を起こしてしまう閉鎖不全症などにより心臓のポンプ機能に様々な支障をきたす病気を心臓弁膜症といいます。

(2) 心臓弁膜症の危険因子

心臓弁膜症の原因として、加齢に伴う硬化・弁の変性のほか、先天的な異常やリウマチ熱、感染症等の別の疾患が原因となることもあります。近年、高齢化の進行とともに弁膜症が増えてきています。

(3) 心臓弁膜症の症状

心臓弁膜症は、軽度であれば患者本人が自覚できる症状はあらわれにくく、無症状のまま進行し、呼吸困難やむくみなどの心不全の状態となってから発見されることが多いため、様々な合併症や死亡リスクがあります。

(4) 心臓弁膜症の治療

重度弁膜症の根本的治療には手術が必要です。心臓を止めて機能に異常がでている弁を修復する弁形成術や人工弁に取り換える弁置換術等の心臓を開く開心術のほか、開胸することなく心臓も止めずに、血管から心臓までカテーテルという管を挿入し治療するカテーテル治療があります。カテーテル治療は、患者さんの体への負担が少なく、入院期間が短いことが特長です。

最適な治療方法は患者さんの状態や病気の種類によって異なり、治療方法は、患者さんの年齢や全身状態、弁の形態などから総合的に判断されます。

3 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）

(1) 虚血性心疾患の特徴

心臓には、ポンプのように血液を全身に送り出して体内に酸素や栄養を運ぶ機能がありますが、心臓を十全に動かすためには心臓自体にもたくさんの血液が必要であり、心臓の各所へ血液を運ぶための血管を冠状動脈といいます。

この冠状動脈が動脈硬化や血栓などで狭くなり、血流の流れが悪くなることで心臓に必要な血液が行き渡っていない状態を虚血性心疾患といいます。虚血性心疾患には以下の2種類があります。

○ 狭心症

冠状動脈の動脈硬化による狭窄があることで、運動などで心臓の酸素・栄養の需要が増したときなどに、心臓に必要なだけの血液が供給されないことや、冠状動脈の^{れん}攣縮（異常収縮）により一時的に血流が途絶することで発作が起こるもの狭心症といいます。

○ 心筋梗塞

動脈硬化のプラークの破裂に引き続く血栓形成により、冠状動脈が完全に詰まってしまい（閉塞）、閉塞した部位よりも先の心筋に血液が流れなくなり、心筋の壊死（死んでしまうこと）が起こり、その部位の心臓の動きが悪くなり、ポンプとしての力が落ちてしまうことを心筋梗塞といいます。

(2) 虚血性心疾患の危険因子

虚血性心疾患の多くは冠状動脈の動脈硬化を原因として発症します。動脈硬化は加齢、高血圧、喫煙、コレステロール、肥満、運動不足等がリスクファクターとされます。リスクファクターを減らす生活習慣が予防に重要となります。

(3) 虚血性心疾患の症状

虚血性心疾患の代表的な症状は、圧迫感、締め付け感などの胸痛です。

狭心症の初期症状は、労作時（階段をあげる、力仕事をする等）の胸痛（労作性狭心症）です。労作性狭心症発症3週以内、狭心症発作が増悪、安静にしていても起こる狭心症は、不安定狭心症とされ、急性心筋梗塞になるリスクが高く、速やかに心血管疾患対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

急性心筋梗塞では、激しい胸の痛みが30分以上続きます。胸痛の性状は狭心症と類似しますが、胸痛の程度が強く、長時間続き、呼吸困難、失神、嘔吐、冷汗などをともなう場合があります。

(4) 虚血性心疾患の治療

狭心症の治療には、薬物療法、経皮的冠動脈インターベンション（冠状動脈にカテーテルという細い管を挿入し治療する方法）、冠動脈バイパス術があります。急性心筋梗塞では、閉塞した冠動脈より先の心筋が壊死するために、出来るだけ早く冠状動脈の血流を再開させ、影響を最小限に留めることが重要です。このために出来るだけ早く経皮的冠動脈インターベンションを受けることが重要になります。

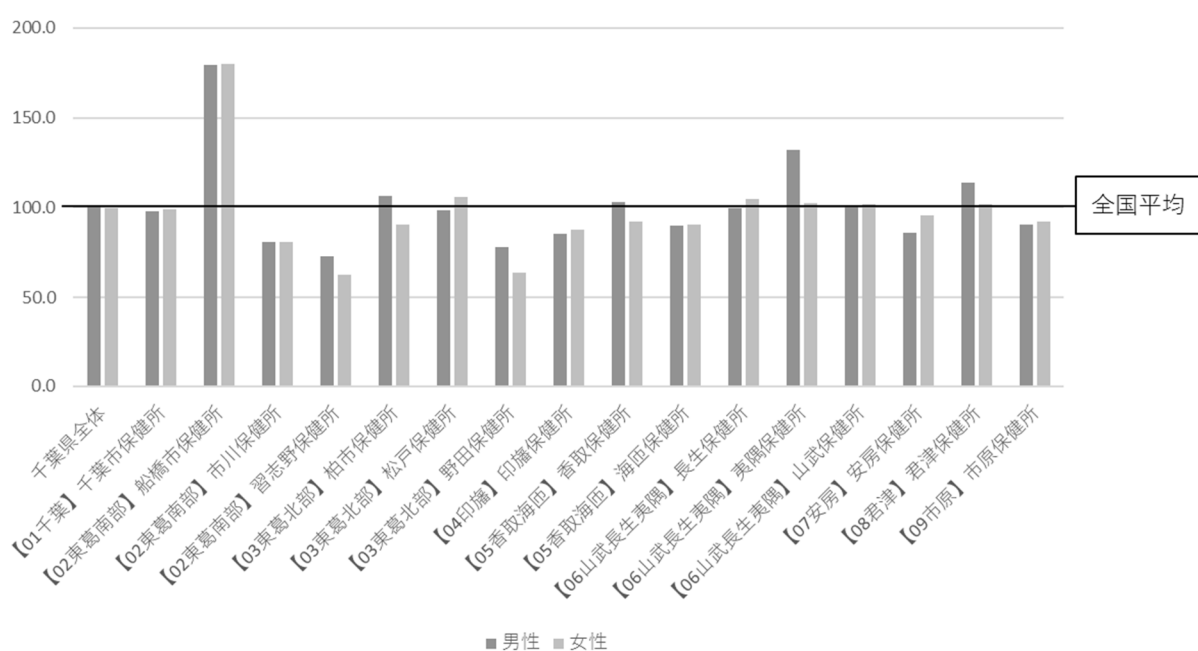
(5) 虚血性心疾患の患者数

令和元年中の患者調査によると、虚血性心疾患の患者数は、全国で70万7千人、県で2万6千人と推計されています。

人口動態統計特殊報告（平成25年～平成29年）によると千葉県虚血性心疾患の標準化死亡比（全国平均を100として平均から死亡者数を比較した値）は男性101.5、女性99.7であり、全国平均と近い値となっています。

急性心筋梗塞においては地域別には市川保健所管内、習志野保健所管内、野田保健所管内の標準化死亡比が低く、船橋保健所管内で高い値になっています。

図表 4-1-3-1 急性心筋梗塞標準化死亡比（SMR）



資料：患者調査（厚生労働省）

4 大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂）

(1) 大動脈緊急症の特徴

大動脈は心臓から全身に血液を送り出す動脈の本幹で人体の中で最も太い血管であり、何らかの原因で大動脈に異常が生じて血管が裂けたり（解離）、破裂することを大動脈緊急症といいます。大動脈緊急症は急性期の死亡率が非常に高い病気であり、例えば急性大動脈解離は心臓に近い部位（上行大動脈）に起こった場合には48時間以内に、約半数の人が命を落とすと言われており、前触れもなく突然発症することから血管病の中でも特に注意が必要な病気の一つです。

大動脈緊急症は主に以下の2種類があります。

○ 急性大動脈解離

大動脈は一番内側で血液に接する「内膜」、平滑筋からできた「中膜」、一番外側の「外膜」の三層からなり、何らかの原因で内膜に裂け目ができ、内膜と中膜の中に血液が入り込んで大動脈の血管の壁が裂ける（解離）ことを大動脈解離といいます。大動脈解離はほとんどの場合、何の前触れもなく、突然、胸や背中の激痛とともに起こり、急速に危険な状態に陥るため、速やかに心臓血管外科急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

○ 大動脈瘤破裂

大動脈が局所的に嚢状に膨らんだものや、直径が正常な太さの1.5倍以上に膨らんだものを大動脈瘤といいます。大動脈瘤は破裂しない限り自覚症状が無いまま大きくなる場合が多く、突然に破裂して急速に危険な状態に陥るため、速やかに心臓血管外科急性期対応医療機関にて治療を受ける必要があります。

(2) 大動脈緊急症の危険因子

大動脈緊急症の原因ともなる大動脈瘤は動脈硬化を原因として発症することが多いため、動脈硬化を防ぐ取組が重要となります。動脈硬化は加齢や高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常症、肥満、運動不足等の危険因子が重なることで発症リスクが高まることから生活習慣の改善が重要になります。大動脈解離には高血圧や身体的、精神的ストレスが関与するとされています。また、家族内発症する遺伝性大動脈疾患では比較的若年で発症する可能性があります。

(3) 大動脈緊急症の症状

大動脈解離の代表的な症状としては前触れもなく突然、胸や背中に激痛が起こり、解離の進展につれて痛みが胸から腹、さらに脚へと移っていくのが特徴です。また、裂けた箇所や病状の進展によって様々な併発症状を引き起こし血流障害によって脳、心臓、腎臓などの重要臓器に壊死を起こし死に至ることもあります。

大動脈瘤破裂では、胸痛、背部痛とともに、低血圧、ショックとなります。

(4) 大動脈緊急症の治療

大動脈緊急症は大動脈瘤や解離の生じた場所や併発症により危険度や治療

方法が変わります。

大動脈瘤破裂や大動脈解離が心臓や脳に近い部位（上行～弓部大動脈）に生じた場合は大動脈を人工血管と入れ替える人工血管置換術という外科手術を行うことが一般的です。

開胸して、病変部位を修復するので身体への負担が高い手術となります。

大動脈解離や大動脈瘤破裂が心臓や脳から離れた部位に生じた場合は血管にカテーテルを挿入するステンドグラフト治療という治療法が可能な場合もあり、これは比較的、身体への負担が少ない方法です。

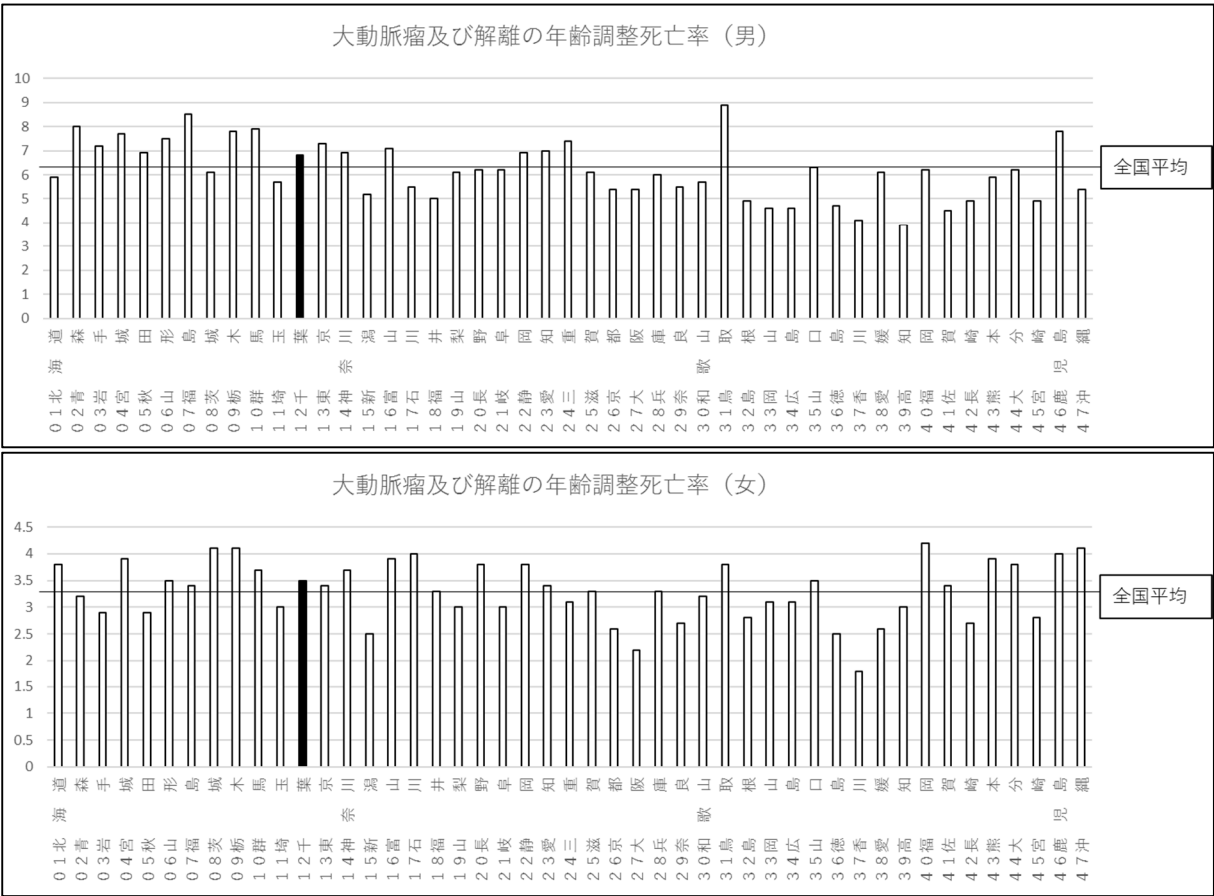
(5) 大動脈緊急症の患者数

令和元年中の患者調査によると、大動脈緊急症の総患者数は全国で8万3千人、県で3千人と推計されています。

令和2年の国の人口動態統計によると全国の大動脈緊急症による死亡は年間18,795件（総死亡の1.4%）であり、10年間で約24%の増加となっています。

全国的な死亡状況との比較では平成27年の人口動態統計特殊報告によると、千葉県の大動脈瘤及び解離の人口10万人対の年齢調整死亡率は男性6.8（全国6.4）で死亡率が低い順に全国第31位、女性3.5（全国3.3）で第30位となっています。

図表 4-1-4-1 大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（男・女）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

5 末梢（まっしょう）動脈疾患

(1) 末梢^{しょう}動脈疾患の特徴

下肢などの血管の内腔が細くなったり、詰まったりして、血液の流れが悪くなり、様々な症状を引き起こす病気を末梢^{しょう}動脈疾患といいます。末梢^{しょう}動脈疾患には下肢の血管の動脈硬化が進むことで症状が現れる「下肢閉塞性動脈硬化症」や、末梢^{しょう}動脈に炎症が起こり狭窄・閉塞が発生することによって症状が現れる「バージャー病」等の血管炎があります。

(2) 末梢^{しょう}動脈疾患の危険因子

「閉塞性動脈硬化症」は主に下肢の動脈硬化が原因となり、50歳以上の男性に多く発症します。動脈硬化は加齢、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、運動不足、喫煙等の生活習慣・生活習慣病が重なることで発症リスクが高まります。

「バージャー病」の発症には、喫煙が強く関与しており、50歳以下の喫煙歴のある男性に多く発症し、予防や症状の改善には禁煙が重要になります。

(3) 末梢^{しょう}動脈疾患の症状

初期の症状としては、間歇性跛行（一定距離を歩行した際に足に痛みやしびれ、疲労感が生じ、休息すれば症状が消失する）が現れます。末梢^{しょう}動脈疾患の症状が進行すると、痛みなく歩行ができる距離が短くなるほか、安静時にも痛みが持続し、足趾（足の指）の傷が治りにくくなったり、壊死に至ることもあります。

(4) 末梢^{しょう}動脈疾患の治療

末梢^{しょう}動脈疾患の治療には、症状がある場合には必要に応じて、薬物療法や狭窄部位を広げる「カテーテル治療」、詰まった部位を迂回して血液を流す「バイパス手術」等が実施されます。

閉塞性動脈硬化症を発症した患者の多くは動脈硬化をきたす危険因子が重複しており、全身的な動脈硬化を伴っている危険性が高まります。そのため、単純に足の痛み等の機能障害の治療を行うだけではなく、心臓や血管疾患の予兆としてとらえ、動脈硬化を起こす要因となる喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの治療を行っていくことが重要です。また、禁煙、運動、体重管理を心がけることも重要になります。

6 先天性心疾患

(1) 先天性心疾患の特徴

生まれつき心臓やその周りの血管に異常がある病気を総称して先天性心疾患といいます。先天性心疾患の多くは環境要因など、様々な要因が影響しあって起こるため、原因は不明の場合が多く、産まれてくる子供のおよそ100人に1人は心臓に何らかの異常があるといわれています。

小児期の心臓血管外科治療が行われる様になる以前は、先天性心疾患をもつ小児が成人になれる割合は50%以下と少ない状況でしたが、小児期の治療技術の向上により、乳児期を過ぎた先天性心疾患児の90%以上は成人を迎えることができるようになっていきます。

また、先天性心疾患の手術の多くは、修復手術であるため病気を完全に治すことはできず、原因となっている病気により様々な術後の後遺症を伴うことが多くなっています。

また、成人後も病気の進行や加齢の影響を受け、内科治療や再手術を必要とする場合も少なくありません。そのため、成人後も定期的な経過観察等が必要であり、生涯にわたって逸脱することなく治療を継続するためには、特に小児から成人へ移行する過程での「移行期医療」が重要となります。

(2) 先天性心疾患の症状及び治療

先天性心疾患とは様々な病気を総称しています。原因となっている病気により症状は多様であり、「心臓機能の悪化」、「不整脈」、「心不全」、「突然死」、「冠動脈異常」等の合併症を起こすリスクも高いため、生涯を通じて定期的な診察や治療が必要となります。

また、先天性心疾患の治療は、治療の必要がないものから難治性のものまで幅広く、原因によって大きく異なりますが、それぞれの疾患や重症度にあわせて薬物療法、血管内治療、外科手術など様々な方法を行います。

(3) 移行期医療について

先天性心疾患患者で、成人している患者を「成人先天性心疾患患者」といいます。

移行期医療には、小児患者から成人患者としての自立（自律）と成人期医療体制への転科が含まれます。

自立（自律）とは、疾患を理解し、自ら適切な健康管理を行うスキルを身につけることで、適切な医療や制度を活用していく必要があります。そのための移行期支援として、年齢に応じた疾患の理解、医療的管理の重要性、活用できる医療費支援制度、就労支援など様々な面からの支援が必要になります。

成人期診療体制への転科とは、小児診療科から成人診療科に切り替えることで、医療体制の整備と患者本人の理解が必要になります。医療体制については、小児診療科が継続して診療する場合、成人診療科に転科する場合と、両方で併診する場合など、地域や施設によって違いがあります。このふたつの課題を克服することで、適切な移行期医療支援が可能となります。

厚生労働省により都道府県における移行期医療支援体制の構築に係るガイドラインが作成され、千葉県では千葉大学に移行期医療支援センターを設置し

ています。支援センターの活用や連携により、千葉県内での移行期支援を充実させることが必要となります。

(4) 先天性心疾患の患者数

全国の1967年時点での先天性心疾患患者は小児約16万人、成人約5万3千人でしたが、1997年には小児患者数30万4千人、成人患者数31万8千人とほぼ同数となりました。2007年には、成人患者数は約40万9千人となり、現在は50万人を超えると推計されています。

図表 4-1-6-1 日本の成人先天性心疾患患者数

日本の人口	1億2,760万人（2012年）
生産児	103万人（2012年）
先天性心疾患の生産児に占める頻度	1%
先天性心疾患生産児	1万300人/年
約95%が成人となる	9,780人/年
成人先天性心疾患患者数	約45万人
中等度以上の疾患重症度の割合	32%
成人先天性心疾患患者増加率	4～5%/年

資料：成人先天性心疾患診療ガイドライン（2017年改訂版）を基に千葉県にて作成

第2節 急性期（搬送）

○ 中間目標【取組の方針】

- 循環器疾患を発症したら（家族・友人も含め）速やかに救急搬送を要請することができる。
- 重症患者の搬送先が明確化されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
心血管疾患の初期症状の認知割合 （救急要請が必要な各症状について全ての項目で「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合）	42.1% （令和3年）	増加 （令和5年）
心血管疾患に係る現場活動時間 （現場到着～現場出発）	21.5分 （令和元年）	短縮 （令和5年）
心血管疾患に係る平均搬送時間 （現場出発～医療機関到着）	15.4分 （令和元年）	短縮 （令和5年）

1 救急搬送に関すること

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患の中でも虚血性心疾患、大動脈緊急症、急性心不全等は急激に発症し、発症後、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いため、1分でも早く治療を開始することが救命率を改善し、良好な予後を得るために重要とされています。

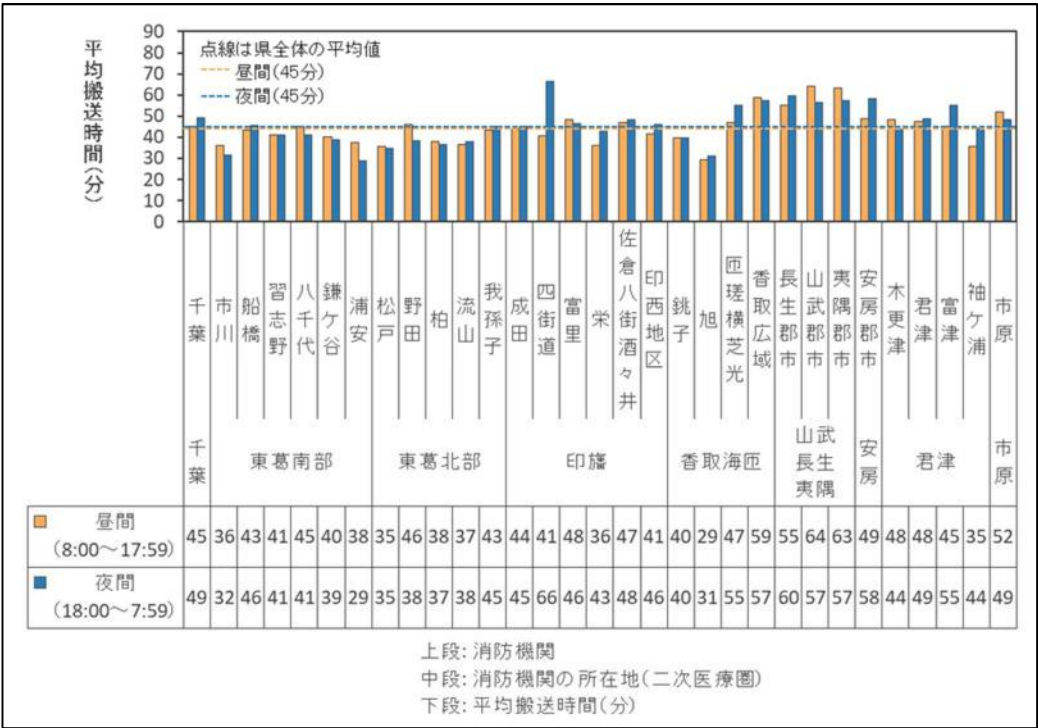
特に、虚血性心疾患や大動脈緊急症については、発症してしまうと時間が経つほどに心臓の壊死が広がったりする等、治療開始までに症状が悪化してしまう他、急性心筋梗塞がおきた場合において心臓のダメージを少なくすることができる再灌流^{かん}までの時間は12時間と言われており、一刻も早い救急搬送がますます重要になっています。

[心血管疾患傷病者の救急搬送状況]

県が実施した「救急搬送実態調査（令和元年度）」によれば、千葉県内の心血管疾患傷病者を搬送する際の搬送時間（覚知から病院収容まで）の平均は46.0分であり、エリアにより大きな差がみられ、平均で最大37.7分の開きがありました。

特に、市原地域、山武長生夷隅地域、香取海匠地域の搬送時間は他地域よりも長く、それぞれの地域において現場滞在時間（現場到着から現場出発まで）や、病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）が平均よりも長くなっています。

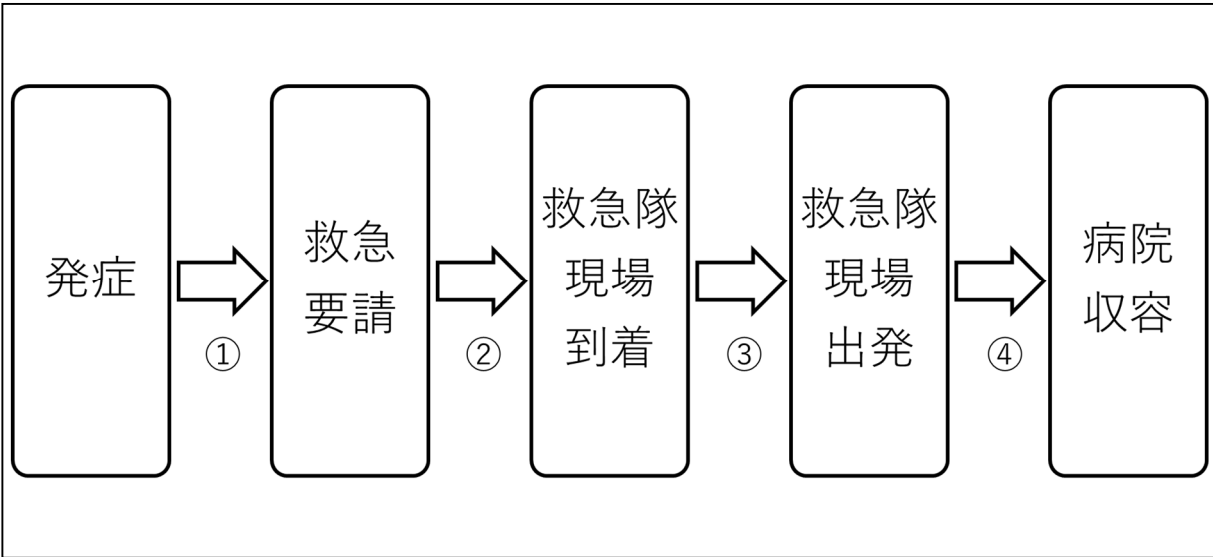
図表 4-2-1-1 心疾患傷病者の救急搬送状況



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

発症してから病院に収容されるまでには以下の段階を踏むことになります。
施策の検討に当たっては、それぞれの段階ごとに現在の状況を把握し、改善の余地があるか検討する必要があります。

図表 4-2-1-2 搬送の分類



① 救急要請時間（発症から救急要請まで）

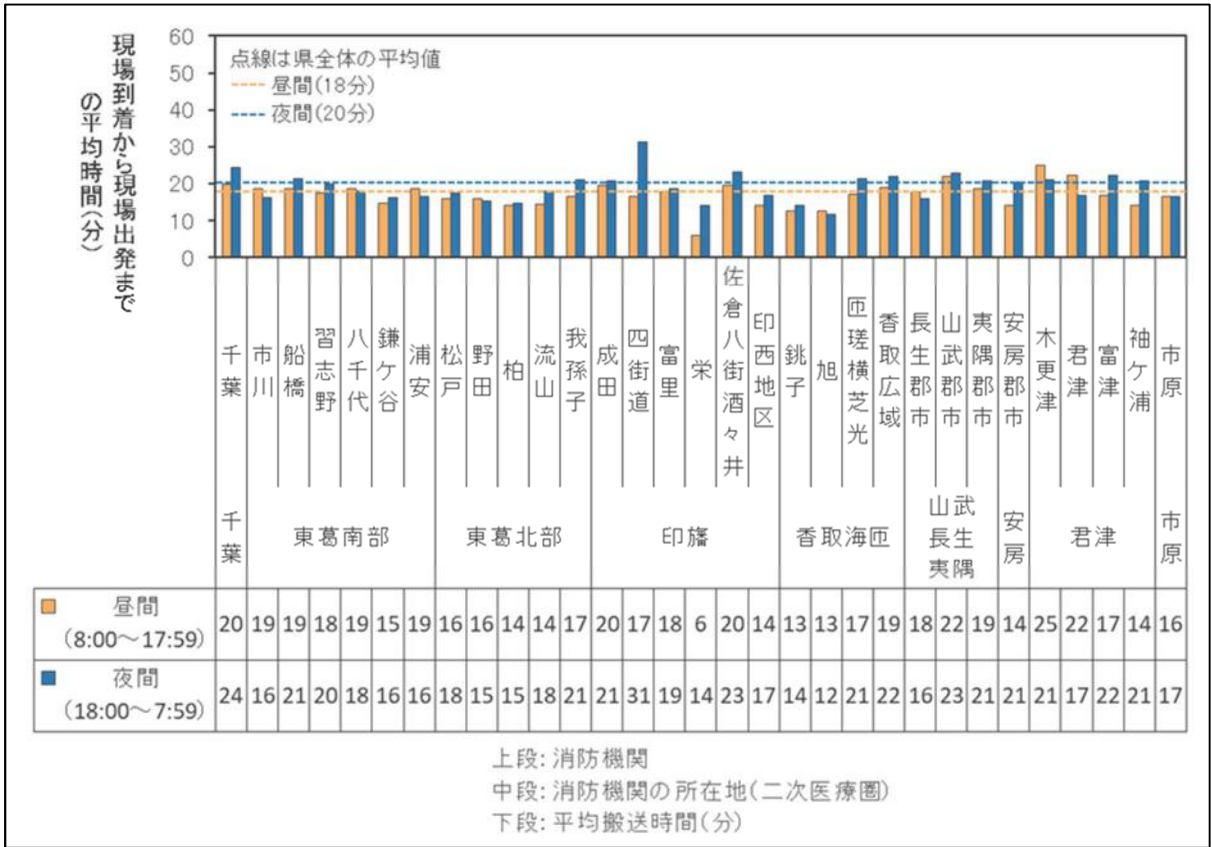
心血管疾患を発症した場合は傷病者及び発見者が速やかに心血管疾患の可能性があると認識し、救急要請することが重要です。

② 現場到着所要時間（救急要請から現場到着まで）

救急要請から現場到着までの時間は主に最寄りの消防署から現場までの距離に比例すると想定されます。千葉県における現場到着所要時間は平均9.3分（全国平均8.7分）であり、都道府県平均や、県内の各地域の平均をみても大きな差はない状況にあります。

- ③ 現場活動時間（現場到着から現場出発まで）
- 現場において、救急隊は主に傷病者の観察や応急処置及び搬送先医療機関の選定を行います。
- 千葉県における心血管疾患に係る現場活動時間は平均21.5分です。地域別に確認すると香取海匝地域（15.0分）、安房地域（16.4分）、東葛北部地域（17.7分）、君津地域（17.7分）が短く、市原地域（36.5分）、千葉地域（25.5分）、山武長生夷隅地域（22.7分）が長い傾向にありました。

図表 4-2-1-3 心疾患傷病者に係る現場活動の地域状況（平均搬送時間）



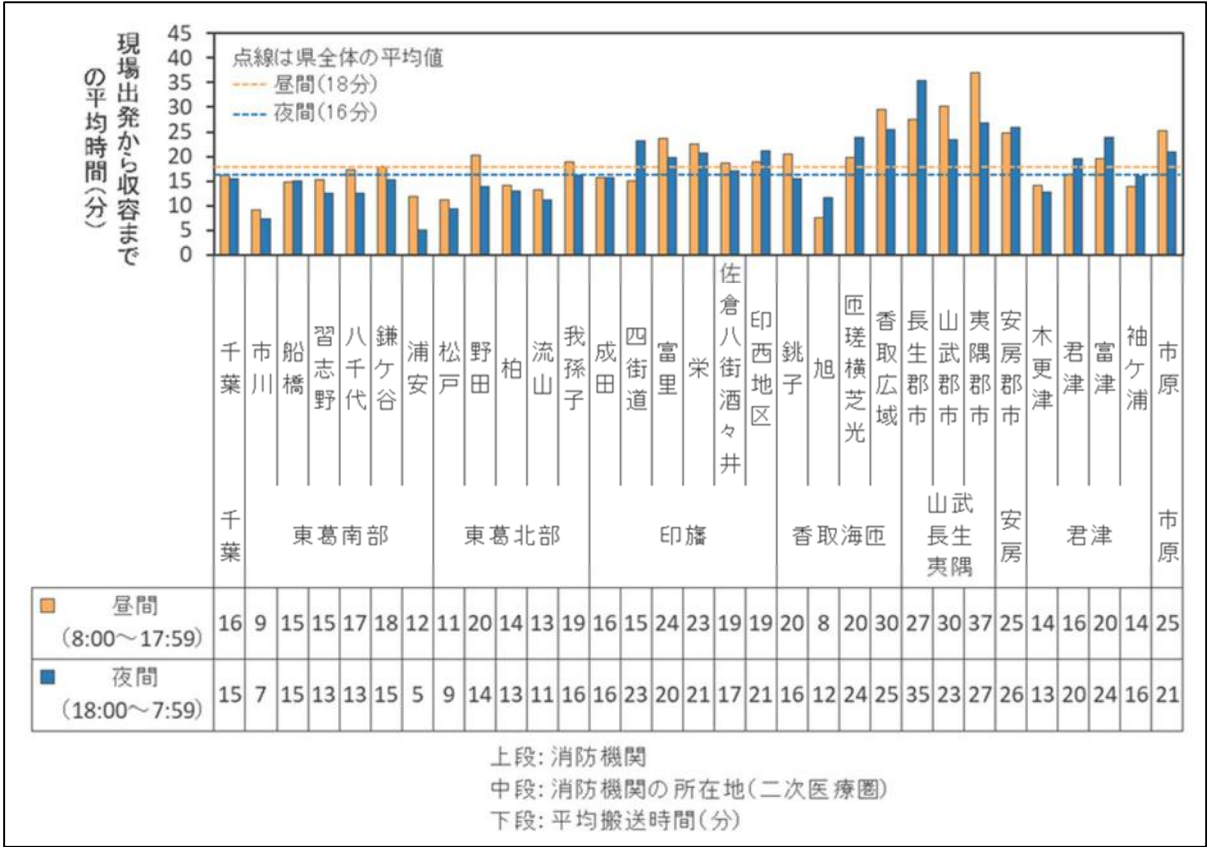
資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

④ 病院搬送時間（現場出発から病院収容まで）

現場出発から病院収容までの時間は、主に現場から搬送先病院までの距離に比例すると想定されます。

千葉県における心血管疾患に係る病院搬送時間は平均15.4分です。地域別に確認すると印旛地域（9.1分）、東葛南部地域（13.1分）、君津地域（14.3分）が短く、香取海匝地域（28.0分）、市原地域（26.5分）、山武長生夷隅地域（24.4分）が長い傾向にありました。

図表 4-2-1-4 心疾患傷病者に係る病院搬送時間の地域状況



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 救急医療体制の整備

早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

○ 現場活動時間の短縮

現場活動時間の短縮のためには、心血管疾患傷病者における緊急度・重症度・症状・必要な処置などについて、検討・共有し、適切な医療機関の選定にかかる時間を短縮する取組を進めていきます。

医療機関における対応可能状況を救急隊と医療機関で共有し、搬送先の選定及び収容依頼に要する時間を短縮する取組を進めていきます。

○ 病院搬送時間の短縮

現場から搬送先の医療機関までの距離や搬送時間を把握するためのシステムを構築し、現場到着時に対応可能な医療機関のうち最も近い距離に搬送することが可能となるよう取組を進めていきます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
心血管疾患における搬送困難事例の割合	12.0% （令和元年）	減少 （令和5年）

2 県民啓発に関すること

(1) 施策の現状・課題

以下の症状が現れた場合には、心血管疾患を患っている可能性があることから、症状が現れた場合には、近隣の専門医療機関を受診することが大切です。

- ① 体重が急激に増加（食べ過ぎてもしないのに数日で2kg以上の増加）
- ② 息苦しさ
- ③ 足のむくみ
- ④ 横になると苦しい。
- ⑤ 冷や汗がでて苦しい。
- ⑥ 心臓の脈が乱れていて気を失いそうになる。
- ⑦ 胸の痛み

また、心血管疾患のうち急に要する心臓病が発生した場合には、以下の症状が現れやすいとされており、速やかな救急要請が重要になります。

- ① 起坐呼吸（横になると呼吸が苦しく座っている方が呼吸が楽になる。）
- ② 胸痛・背部痛（胸や背中に強い痛みがある。）
- ③ ショック徴候（意識障害、冷汗、四肢冷感、末梢性チアノーゼ^{しょう}）
- ④ 失神

県が実施した「循環器病対策実態調査（令和3年度）」によると、上記の各症状について、「あなた（又はあなたの家族）に仮に症状が出た場合に医療機関を受診しようと思う割合」は約25%から約75%でした。

また、「救急車を呼ぼうとする割合」は約51%から約76%でした。

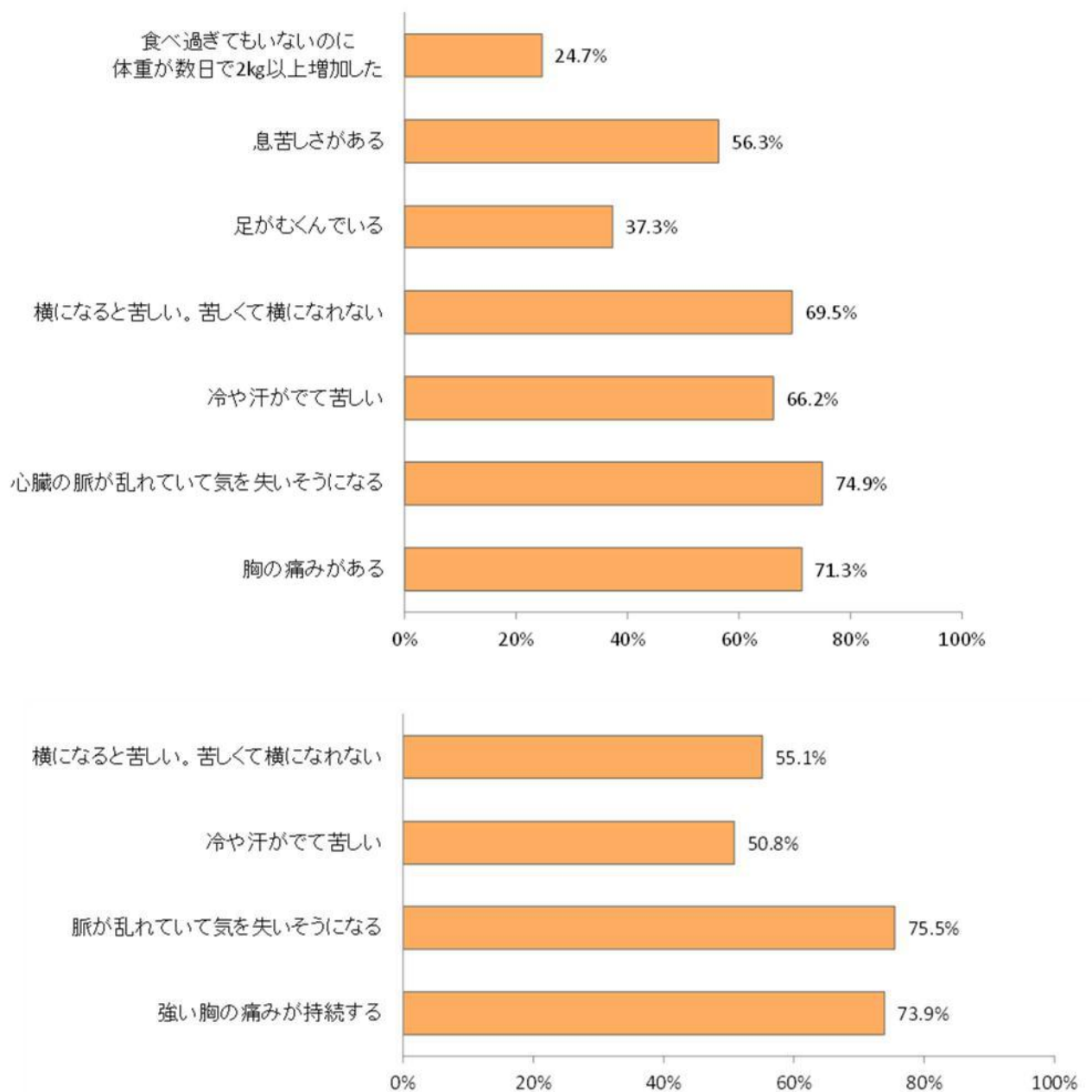
特に、「食べ過ぎてもしないのに体重が数日で2kg以上増加した」や「足がむくんでいる」については、異常の確認の難しさもあり、認知度が低くなっていると思われます。

【AED】

急性心筋梗塞などの心臓の異常により、心臓が止まるような不整脈が生じた場合には、第一発見者など、市民による一次救命処置（BLS）が重要です。それとともに、不整脈を正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うことが救命に肝要であり、これを行うのがAEDです。

これを踏まえ、本県では、千葉県AED使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されたところですが、AEDの使用率はいまだ低い状況にあります。

図表 4-2-2-1 心疾患が疑われる症状が出た場合に「医療機関を受診しようと思う」と回答した者の割合及び「救急車を呼ぼうと思う」と回答した者の割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 県民啓発について

心血管疾患の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい項目について普及啓発をすすめます。また、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発を行います。

○ 学校での救命講習について

県立中学校及び県立高等学校において率先してAED使用等の知識及び技能の習得機会の確保に取り組むとともに、市町村立学校、私立学校等においてもその促進を働きかけます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
救命講習等受講者数	11.7万人 （令和元年）	増加 （令和5年）

第3節 急性期（治療）

○ 中間目標【取組の方針】

- 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等の算定件数	11,561件 (令和元年度)	増加 (令和5年度)
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（君津医療圏を除く） <small>※君津医療圏については、実施件数が10件未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</small>	862件数 (令和元年度)	増加 (令和5年度)

1 急性期治療に関すること

(1) 施策の現状・課題

- 急性期治療について

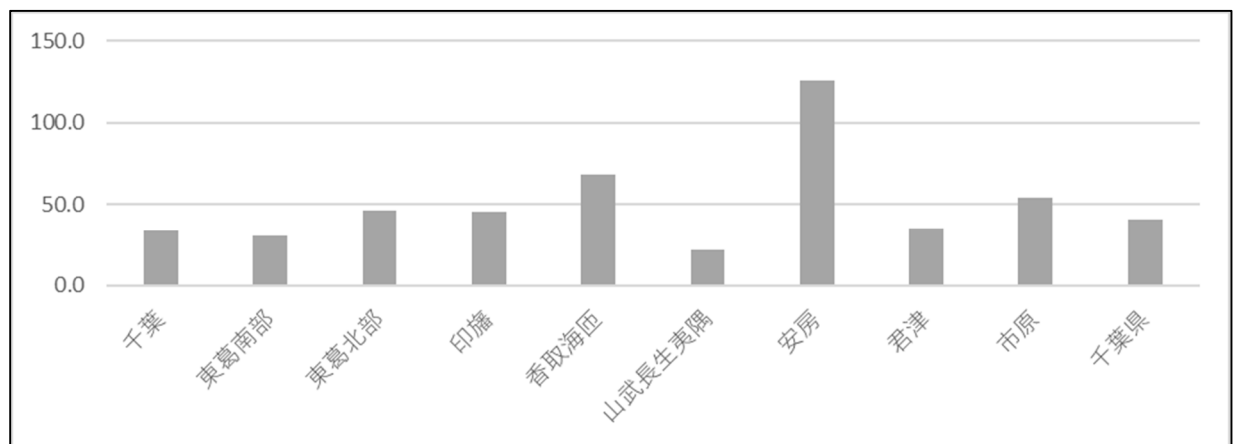
心血管疾患のなかでも急激に発症し生命に係る重大な事態に陥るため、早急な治療が必要な病気として、大動脈緊急症、急性心筋梗塞、急性心不全等があります。疾患によって治療方法や対応可能な医療機関は異なりますが、発症してから治療を開始するまでの時間を短くするほど治療の効果が大きくなり、予後を改善する可能性が高まります。

急性期における心血管疾患を発症している患者への治療は主に以下の3種類があります。

- ・ 内科的治療：急性心不全時に、利尿薬、血管拡張薬等の薬物投与の他、急性心筋梗塞時に血栓（血管の詰まり）を取り除くための薬物投与（通常、下記のカテーテル治療が優先されます）が実施されます。
- ・ 血管内治療：急性心筋梗塞時に、手首や足の付け根や太ももの血管等からカテーテル（細い管）を血管内に挿入し、詰まっている心臓の血管の血流を再開するPCI（経皮的冠動脈インターベンション）治療等の他、大動脈緊急症時に血管内部から動脈瘤の破裂を予防するステントグラフト内挿術等が行われます。
- ・ 外科治療：急性心筋梗塞の合併症である心破裂、心室中隔穿孔^{せん}、急性僧帽弁閉鎖不全症などが出現した場合、また大動脈緊急症（急性大動脈解離や大動脈破裂等）の場合に、開胸や開腹を行い、直接病変に対する外科治療を行います。心臓外科手術で緊急手術が必要な場合には、命の危険が大きい場合が多く、高侵襲（体に負担が大きい）な場合もあります。

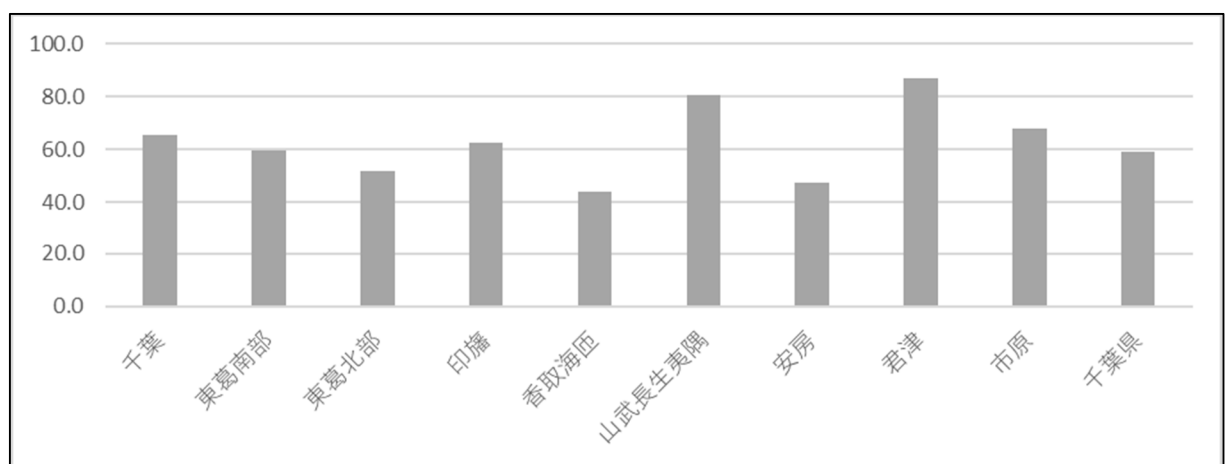
○ 治療実績

図表 4-3-1-1 二次医療圏別心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（10万人対レセプト件数）



図表：医療計画作成支援データブック（厚生労働省）

図表 4-3-1-2 急性心筋梗塞患者の来院後90分以内の冠動脈再開率



図表：医療計画作成支援データブック（厚生労働省）

○ 医師の確保に関すること

心血管疾患に係る急性期診療を中心的に担う「循環器内科」、「心臓血管外科」の診療科の医師数は617人となっています。（詳細は「図表1-6-7-1 循環器病に係る急性期診療科別の医療施設従事医師数」の表を参照）

実態調査によると、心血管疾患治療を提供している病院の内、急性期病棟の医師の確保が課題と答えた病院が61.8%、医師の働き方改革への対応が課題と答えた病院が30.9%、回復期病棟の医師の確保が課題と答えた病院が19.2%、その他の医師の確保が課題と答えた病院が14.7%となっており、とりわけ、急性期病棟の医師の確保が大きな課題となっています。

(2) 施策の具体的展開

○ 効率的な専門医療体制の構築

県は、医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い心血管疾患に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築

特に、大動脈緊急症の治療を始めとした心臓血管外科手術に当たっては専門的な心臓血管外科医による治療が必要になるため、県内医療機関全体で役割分担の明確化や相互連携体制の整備が促進されるよう協議を行っていきます。

○ 医療従事者の確保・定着

医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。

医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
<p>急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術等を実施した医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・市原医療圏）</p> <p>※他4医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>45機関 （令和元年度）</p>	<p>効率的・専門的な医療体制の構築 （令和5年度） （※）</p>
<p>心臓血管外科手術が可能な医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛医療圏）</p> <p>※他5医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>22機関 （令和元年度）</p>	

※「効率的・専門的な医療体制の構築」とは、特に専門的な知識が必要な「経皮的冠動脈形成術等」や「心臓血管外科手術」において限られた医療資源の中でも効率的、専門的な医療を提供することを目指し、医療機関数は維持しつつ、手術件数等を増加することをいいます。

第4節 リハビリテーション

○ 中間目標【取組の方針】

- 入院患者に対して質の高いリハビリテーションが提供されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	8, 557件 (令和元年)	増加 (令和5年)

1 心臓リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

- 心臓リハビリテーションとは

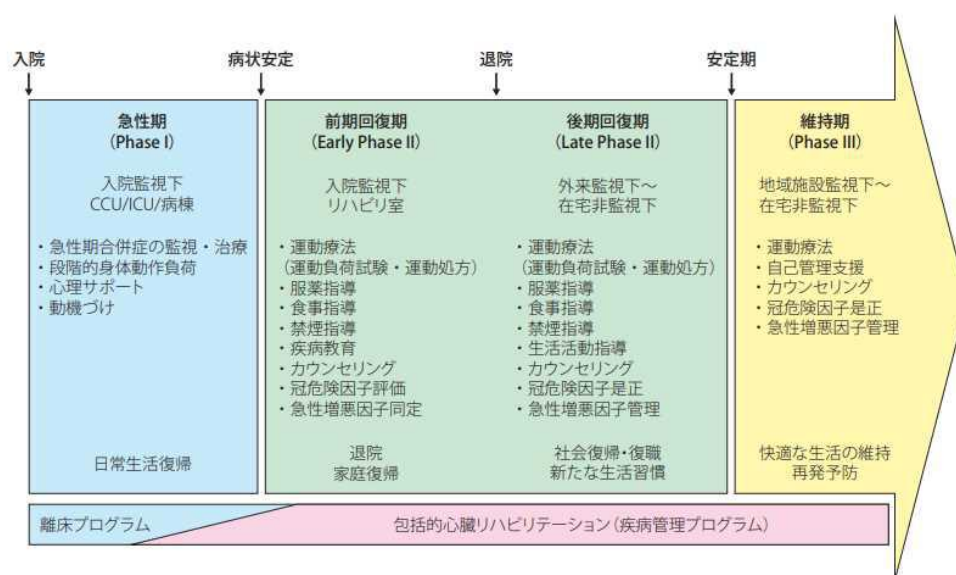
心臓リハビリテーションとは、『心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラム』と定義されています。

心不全を始めとした各心血管疾患を発症した際には、発症後に心臓の機能が低下するほか、入院治療等で安静な生活を続けたことによって運動能力や体の調節の働きも低下していきます。更に心不全そのものが筋肉や心肺持久力の低下を引き起こすとされています。そのため、これらの改善のために食事や入浴、排泄等の身の回りの生活が安全に行えるようになるように入院中から運動療法などが行われます。

また、心不全は退院後も適切な管理を継続しなければ再発することが多く、日本全体の再入院率が退院後6ヵ月以内で27%、退院後1年以内では35%とも言われているため、生涯を通じて肥満、飲酒、喫煙等の危険因子を増やす生活習慣を是正し、自己の健康管理を続けていくことが重要となります。運動療法だけでなく、栄養、食事指導、生活指導、禁煙指導等の長期間に渡って様々な専門職が病期ごとに心疾患の管理のための患者支援を実施します。心臓リハビリテーションの主要素としては、「再発防止・長期予後改善」、「生活の質（QOL）の向上」、「抑うつ改善」、「フレイル（虚弱）予防」、「運動耐容能（どれくらいの運動に耐えられるかの限界能力）の増加」などがあり、急性期の病院のみでは完結できないため、多職種の医療チームにより患者を支援する必要があります。

特に、心不全で何回も再入院を繰り返している方は息苦しさなどから活動量が低下する等の影響から、フレイルの状態になる危険性が高まりますが、心疾患をもった患者がフレイルになった場合は医学的な管理の中での専門的な心臓リハビリテーションが必要になります。

図表 4-4-1-1 疾病管理プログラムとしての心血管リハビリテーションの例



資料：日本循環器学会心血管疾患におけるリハビリテーションに関する
ガイドライン（2021年改訂版）より引用

○ 各時期のリハビリテーションの内容

心臓リハビリテーションは、行われているリハ内容や時期によって「急性期」、「前後回復期」、「後期回復期」、「維持期」の4つの時期に分類されています。

入院中、急性期（入院早期）には日常生活への復帰を目的とした取組、前期回復期（入院後期から退院）には在宅復帰を目的とした取組が行われます。

退院後も後期回復期（退院～退院後1～3ヵ月頃まで）には外来受診にて新しい生活への順応や社会生活への復帰を目的とした取組、維持期（地域において生活する時期）には再発予防、快適な生活を送るための取組を実施します。

○ 急性期（入院早期）

急性期における心臓リハビリテーションは入院中の早期から実施され、疾患の治療の他に、ベッド上で生活していた人が徐々にベッドから離れて生活機能や範囲を拡大していく「離床プログラム」の他、患者本人が自ら病態を理解することで、その後の危険因子の管理を進めやすくし、今後の心臓リハビリテーションへの意欲を持たせる患者教育を実施します。

○ 前期回復期（入院後期から退院）

前期回復期における心臓リハビリテーションとして、退院や家庭復帰を目的として、運動器具を使用した有酸素運動やレジスタンストレーニング（低～中等度の負荷での筋力トレーニング）などの運動療法を実施する他に、生活全般、服薬、食事、禁煙、自身での疾病の管理、緊急時の対応などの退院指導を、家族を交えて実施します。

○ 後期回復期（退院～退院後1～3ヵ月頃まで）

後期回復期における心臓リハビリテーションとして、退院後の生活に身体を慣れさせることや危険因子の多い生活を改善し新しい生活習慣を獲得することを目的として、外来通院でのリハビリや在宅での運動療法を実施します。

また、再発予防のため、自己管理の重要性を患者や家族に説明し、治療目標と心臓リハビリテーションプログラムの内容についての共有や、身体活動量を把握し過剰活動や低活動であった場合に適切な活動量に是正するよう指導します。

○ 維持期（地域において生活する時期）

後期回復期における心臓リハビリテーションとして、主に再発予防を主眼において回復期までに得られた身体機能を維持するために、生涯にわたってリハビリテーションを継続できるように、地域での運動や生活習慣改善等の予防プログラムを生活の一部に取り込んで継続的に実施されるよう指導します。

(2) 施策の具体的展開

○ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発

心臓リハビリテーションが必要な患者が生活状況や自分の状態を記録し、自分の病気に対する理解を深める他、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めてまいります。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
心大血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出医療機関数	53機関 （令和3年）	増加 （令和5年）
回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーションの取得状況	14機関 （令和3年）	増加 （令和5年）

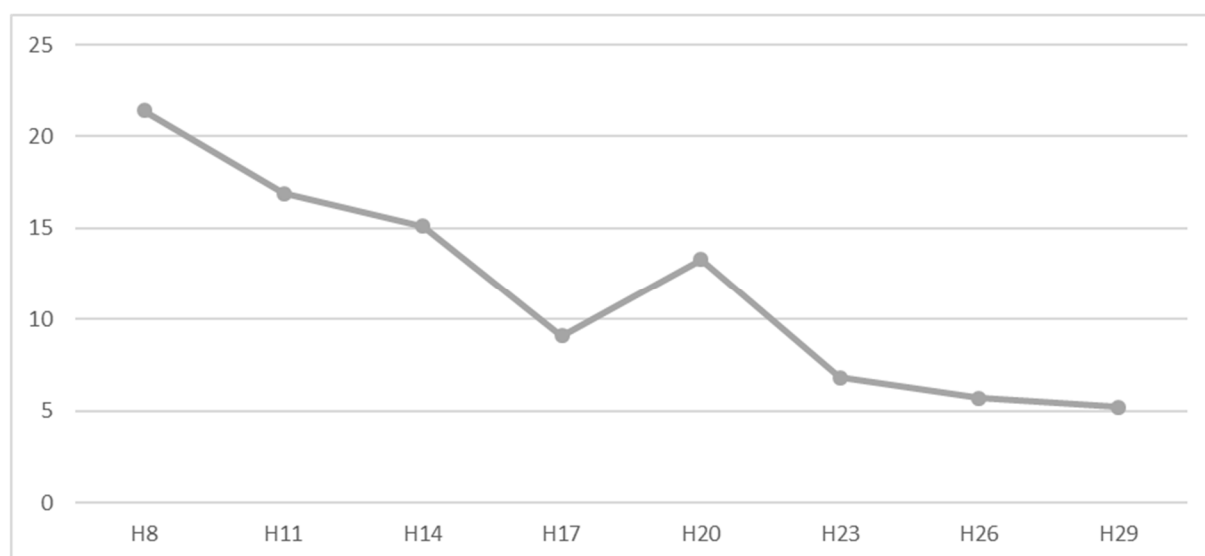
2 入院時心臓リハビリテーションの実施状況について

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患の治療は心臓手術の進歩やC C U（心血管疾患を対象とした集中治療室）の普及、再灌流療法等により、発症した際の身体機能の回復が早くなり、千葉県^{かん}の虚血性心疾患の平均在院日数は平成8年の21.4日から平成29年の5.2日と減少の傾向にあります。

心血管疾患の身体機能の回復に必要な期間は脳卒中に比べ短い傾向にあるため、脳卒中の様に身体機能の回復を目的としたリハビリを専門とした病院（病棟）に転院はせず、必要な場合は最初に入院した急性期病院（病棟）にて心臓リハビリテーションを受けて退院することが多い傾向にあります。

図表 4-4-2-1 虚血性心疾患患者の平均入院日数の推移



資料：患者調査（厚労省）

○ 入院中の心臓リハビリテーションの実施状況

関東信越厚生局への届出によると千葉県内において循環器内科を標榜している病院のうち心大血管リハビリテーション料の届出をしている医療機関は50機関（37.6%）ありました。

また、令和3年度の循環器病実態調査によると、千葉県内の心血管疾患関係診療科を標榜している病院において、心臓リハビリテーションを実施している病院は48.5%であり、その内、急性期治療を担っている病院において心臓リハビリテーションを実施している病院は80.6%、その他の病院において心臓リハビリテーションを実施している病院は12.9%です。

専門医の在籍状況と心臓リハビリテーションの実施状況の関連性を見ると、心臓カテーテル専門医が在籍している病院のうち、心臓リハビリテーションを実施している割合は80.0%と高くなっています。

急性心筋梗塞などの急性期治療を実施している病院においては、身体機能を回復させる必要があることから、心臓リハビリテーションの実施率が高いと思われます。

より質の高い心臓リハビリテーションの充実のためには、専門的な知識

を持った心臓リハビリテーション認定医やその他心臓リハビリテーションに関わる専門職（看護師や理学療法士等）が重要な役割を担いますが、心臓リハビリテーションを実施している病院のうち、心臓リハビリテーション認定医の在籍している割合は12.1%と低く、心臓リハビリテーション認定医数の増加が課題となります。

図表 4-4-2-2 二次医療圏別の循環器内科標榜医療機関数と心臓リハビリテーション届出数

	施設調査（心疾患）の調査対象となった施設数	心大血管リハビリテーション料届出あり（施設数）			心大血管リハビリテーション料届出割合	65歳以上人口10万人当たりの心リハ施設数
		合計	急性期一般	地域包括ケア病棟		
千葉	22	10	9	3	45.5%	4.0
東葛南部	36	11	11	3	30.6%	2.7
東葛北部	27	12	12	4	44.4%	3.2
印旛	18	6	4	1	33.3%	2.9
香取海匝	8	3	2	1	37.5%	3.2
山武長生夷隅	6	2	2	0	33.3%	1.4
安房	5	2	2	0	40.0%	4.0
君津	4	1	1	0	25.0%	1.0
市原	7	3	3	1	42.9%	3.8
県全体	133	50	46	13	37.6%	2.9

資料：関東信越厚生局届出
令和3年度循環器病対策実態調査

○ 心臓リハビリテーションの課題

急性期治療を担っているものの心臓リハビリテーションを実施していない病院に対して、実施しない理由を確認したところ、「施設基準に求められる緊急対応の確保が困難なため（57.1%）」、「対応できる人材がいないため（専門職の不足）（42.9%）」「スタッフが少なく、実施している余裕がないため（人員不足）（42.9%）」といった理由が上位に上がりました。

その他の病院において心臓リハビリテーションを実施していない病院に対して実施しない理由を確認したところ、「対応できる人材がいないため（専門職の不足）（81.5%）」という理由が他の質問と比べ多く、より需要の多い急性期治療を担っている病院に専門職が集まっているため、その他の病院では実施されていない現状があります。

(2) 施策の具体的展開

○ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備

患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、心臓リハビリテーション体制の整備に努めます。

○ 専門職の確保

入院時心臓リハビリテーションの実施率の向上のためには心臓リハビリテーション認定医や心臓リハビリテーション指導士をはじめとした専門職員の確保が重要なため、医療施設従事者等の需要と供給の把握に努めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
<p>入院心血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・市原医療圏）</p> <p>※他4医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</p>	<p>35機関 （令和元年）</p>	<p>増加 （令和5年）</p>

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。

中間目標（指標）	現状（直近値）	目標
入退院支援（退院調整）を受けた患者数	141,977 (令和元年)	増加 (令和5年)
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	2,288件 (令和元年)	増加 (令和5年)

1 慢性心疾患について

(1) 施策の現状・課題

心臓は、拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させる、ポンプのような役割をしています。その心臓が不整脈や虚血性心疾患、弁膜症など何らかの原因で障害を受けてポンプ機能が十分に果たせなくなるものが心疾患です。

心疾患は基本的に治癒することではなく症状の寛解増悪を繰り返して次第に悪化していくことがよくあります。すなわち心疾患は一度起きてしまうとたとえ症状がなくとも完全に治癒することはないため長く付き合っていくことが必要となり、このような状態を慢性心疾患といいます。慢性心疾患の方は症状が悪化しないように、病態が悪化しないように努めることが大切です。

心臓リハビリテーションは慢性心疾患とうまく付き合っていくための重要なツールです。このリハビリにおいては再発予防のため回復した身体機能の維持を目的として生涯にわたってリハビリテーションを継続できるよう、自己管理（セルフコントロール）や定期的な外来受診について指導がなされますので、心臓リハビリテーションを継続する毎日の積み重ねが大切となります。

また心不全の再発予防を防ぎ身体機能を維持していく上では、患者やその家族が自己管理の重要性を理解し適切に実行する必要があります。

自己管理においては、血圧、体重や塩分の管理、患者の病態や病気に応じた栄養管理、服薬管理等、正しい知識に基づいて継続的に生活習慣を改善していくことが重要です。

(2) 施策の具体的展開

- 自己管理に係る啓発の推進

慢性心疾患をもつ患者が生活状況や自分の状態を記録することで、自分の病気に対する理解を深め、現在の状態の把握をする助けとなります。そのほかに、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、リーフレット等による啓発を行います。

2 在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患治療後の身体機能の低下等の状況によっては、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携など入退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

令和2年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、報告のあった246病院中166病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している病院・有床診療所は139箇所（令和2年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進し、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

更なる連携促進のツールとして、県が参考様式として作成した「千葉県共用地域医療連携パス」の見直しや活用等により、一層の連携体制を構築していきます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

- 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上
在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。
また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。
- 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援
市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。
また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

指標名	現状	目標
在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数	772箇所 (令和2年)	864箇所 (令和5年)
機能強化型 訪問看護ステーション数	29箇所 (令和3年4月)	34箇所 (令和5年)
在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数）	60 (令和2年度)	100 (令和5年度)
在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数	348箇所 (平成29年)	460箇所 (令和5年)
在宅患者訪問薬剤管理指導料 届出薬局数	2,031箇所 (令和3年)	2,174箇所 (令和5年)
在宅療養後方支援病院数	15箇所 (令和3年)	16箇所 (令和5年)
入退院支援を実施している診 療所数・病院数	139箇所 (令和2年)	164箇所 (令和5年)

3 外来心臓リハビリテーションについて

(1) 施策の現状・課題

心血管疾患を発症した患者が退院し在宅で生活をする際には、発症前と同様に心血管疾患リスクの高い生活が続けると再発し症状が悪化する危険が高まるため、「セルフケア（自己管理）」が必要となります。

心不全のセルフケアとは、症状を悪化させずに安定した状態を維持するために生活することであり、以下の三つの段階を踏んで、実施できるようになることが重要です。

- ・ セルフケアのメンテナンス
服薬の順守や運動、適切な食事等の健康的な生活活動を継続すること
- ・ 心不全症状の自覚と理解
心不全の症状やその意味、自分の身体の状態を理解すること
- ・ 心不全症状のマネジメント
心不全の症状を自覚した際に適切に対処できること

これらを実行できるようになるには患者自身の知識や経験が必要であり、心臓リハビリテーションでは患者教育が重要な位置を占めているとともに、患者や家族、介護者に対して入院中から継続的に患者教育・指導を行うことが推奨されています。

○ 治療のドロップアウト（中断）

退院後の心臓リハビリテーションの課題として、患者教育を実施し、様々な知識を習得してもセルフケアを行うことができない患者が一定数いることがあげられています。

心不全の症状は、退院時には一旦回復した様感じてしまい、症状が徐々に進行したとしても自覚が難しい場合があることが、理由として考えられます。

息切れ、浮腫、倦怠感、うつ、不安等の心不全の症状は、加齢などの心不全以外でも生じるものであり、症状の自覚や危機感が少ない患者が治療やセルフコントロールをドロップアウト（中断）してしまうことにより、身体機能の悪化、再入院などのリスクが高まります。

○ 外来心臓リハビリテーション実施施設について

心臓リハビリテーションのドロップアウト（中断）を少なくするためには、患者教育の他に治療のハードルを下げることも重要です。

しかしながら、令和3年度に実施した循環器病対策実態調査によると、外来心臓リハビリテーションを実施している医療機関は少ないのが現状です。

(2) 施策の具体的展開

○ 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援

心臓リハビリテーションを必要とするセルフケアを適切に実施し、自分の病気に対する理解を深める他、治療のドロップアウト（中断）を防止する

ため、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めてまいります。

○ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備

患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、心臓リハビリテーション体制の整備に努めます。

(3) 施策の評価指標

目標項目	現状（直近値）	目標
外来心血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数 （千葉・東葛南部・東葛北部※） <small>※他6医療圏については、実施している医療機関数が3ヵ所未満であったことから、ガイドラインに基づき未公表</small>	19箇所 （令和元年）	増加 （令和5年）

4 就労支援等の患者支援について

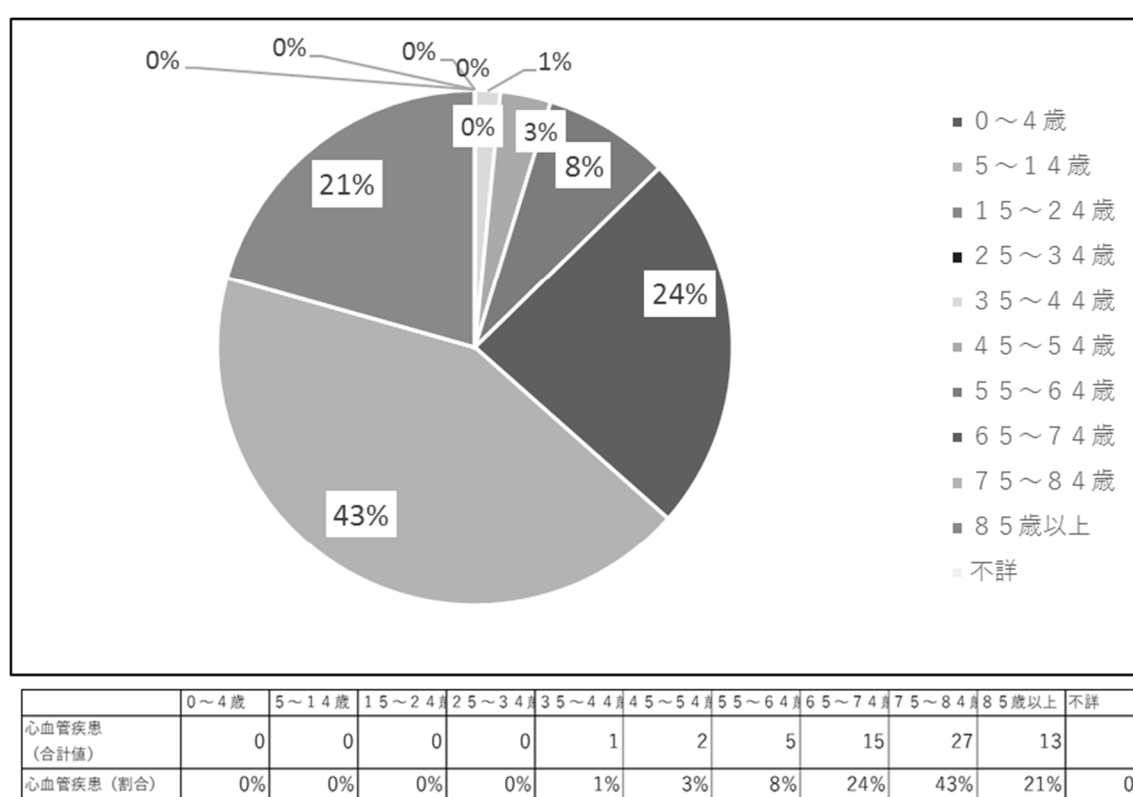
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

心血管疾患（高血圧性疾患を除く）の総患者数は、全国で173.3万人、千葉県で6万4千人と推計されており、うち約12%が就労世代（20～64歳）の患者です。

心血管疾患の経過や予後は、治療法や心機能等によって異なりますが、発症直後に速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、障害が残らずに発症前に近い機能まで回復し、通常の生活に復帰できるケースが多く、心血管疾患によって休職した労働者の多くが復職できているという報告もあります。

図表 4-5-4-1 患者年齢構成割合



資料：患者調査（厚労省）

心血管疾患の経過は、治療法や心機能等によって異なりますが、入院期間を経て通常の生活に復帰できるケースでは、就労に際して事業者側の特別な配慮が必要ないことも多くあります。

一方で、再発を防止し病状を安定させるためには、生涯にわたって通院、服薬、生活習慣の改善など配慮が必要となる場合もあり、重症度によっては運動の制限等について主治医の指示がでることもあるため、職場と情報を共有して対応することが重要です。

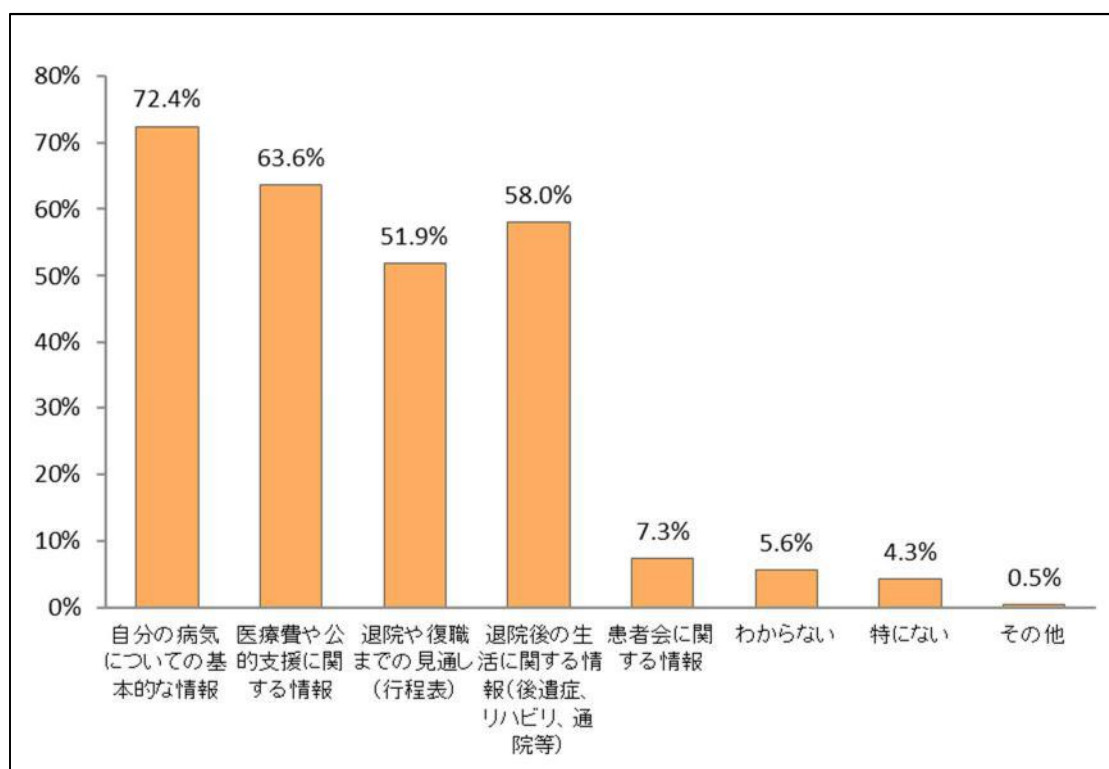
○ 適切な情報提供・相談支援について

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問、心理社会的・経済的な悩み等

に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中・心血管疾患と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

図表 4-5-4-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合（再掲）



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっており、患者の離職防止や、再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

そのため、患者の離職防止に当たっては、「自分の病気についての基本的な情報」、「医療費や公的支援に関する情報」、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めてまいります。

また、再就職のための就労支援については、関係機関が、患者やその家族のニーズに応じて、就労支援機関等との情報提供や連携できるよう、取り組みます。

5 小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対応について

(1) 施策の現状・課題

○ 移行期医療支援体制

近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に循環器病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少した一方で、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま成人期を迎える患者が増えています。こうした現状から、小児期に慢性疾患に罹患した患者の年齢と共に変化する病態や変遷する合併症に対応し、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、小児診療科と成人診療科との連携など医療提供体制の整備が必要です。

また、成人期医療への移行に向けては、疾患を理解し、自ら適切な自己管理を行うスキルを身につけ自立（自律）するための支援体制が必要です。

移行医療の推進に当たっては、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携した取組が求められています。移行期医療支援センターとの連携や活用が重要です。

○ 療養支援体制

先天性心疾患の患者は、小児期より心臓の機能障害により社会での日常生活活動が制限される障害を持っている場合も少なくありません。

医療的な治療以外にも障害のある子どもが乳幼児期から学校卒業までライフステージを通じて一貫した療養支援を受けられるよう、関係機関の連携により、地域における療育支援体制の構築が求められています。また、障害者手帳の有無や診断名等にかかわらず障害の可能性が見込まれる子どものために、相談支援体制の充実及び在宅障害児等やその家族の福祉の向上が求められています。

○ 医療費負担に関する支援体制

小児期から成人期への移行については経済的支援の観点からも、必要な医療費支援制度を小児慢性特定疾病の医療費助成などの小児期の制度による支援から、難病患者への医療費助成制度や重度心身障害（児）者医療費助成制度など、成人期に利用できる制度による支援へどのように移行させるかも重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 移行期医療支援体制の整備

- ・ 小児期から成人期への移行期にある小児期に慢性疾患に罹患した患者に、切れ目なく年齢や状態に応じた適切な医療を提供するため、移行期医療支援の拠点として、平成31年4月から千葉県移行期医療支援センターを設置し、移行期医療支援コーディネーターを配置して、小児診療科と成人診療科間の連携支援や移行期医療の必然性の理解を深める研修等を実施し、移行期医療を推進しています。
- ・ 保健所では、小児慢性特定疾病児童等自立支援員を配置し、小児慢性特

定疾病に罹患する子どもやその家族等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行うとともに、自立に向けて関係機関との連絡調整などを行い、小児慢性特定疾病に罹患する子どもの自立促進に取り組みます。

- ・ 千葉県移行期医療支援連絡協議会や千葉県慢性疾病児童等地域支援協議会などを活用し、移行期医療支援体制の充実と医療、保健、福祉、教育に係る行政及び関係機関の連携を促進します。

○ 療養支援体制の充実

- ・ 医療的ケア児等の支援に関して、ニーズや地域資源の状況を踏まえ、保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進を図ります。
- ・ ホームヘルプ、障害児通所支援、訪問看護などを通じて在宅支援機能の強化を図り、子どもの育ちと子育てを支える施策に取り組みます。
- ・ 放課後等デイサービスについては、発達支援を必要とする障害のある子どものニーズに的確に対応するため、事業所の支援の質の向上を図ります。
- ・ 重症心身障害児（者）等が入院・入所する老朽化が進んだ千葉リハビリテーションセンターについて、施設整備に係る基本計画に基づき、県民からの幅広いニーズに対応できる施設の整備に取り組みます。

○ 医療費負担に関する支援

- ・ 医療費負担の軽減として、身体障害のある子どもに対する育成医療費の給付を引き続き行います。また、「重度心身障害者（児）医療給付改善事業」については、身体障害者手帳1級、2級いずれかの手帳所持者などを対象に医療費の補助を行います。
- ・ 「小児慢性特定疾病医療費助成制度」については、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、その治療方法の確立と普及を目的とした研究等に資する医療費の一部の補助等を行います。

○ 就労や生活に関する支援

- ・ 疾患の重症度により、フルタイムでの勤務ができない方も少なくありません。障害者就業・生活支援センターなどの地域の支援機関や医療機関等の関係機関との連携により、就労や生活に関する相談や国の障害年金制度活用の助言などのさまざまな支援を行います。